



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde**

Politécnico de Coimbra

Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão

Mestrado em Educação para a Saúde

2021

David Sodré



David Sodré

Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Coimbra
e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Ana Carolina Morgado Ferreira de Frias

Co-orientador: Professor Doutor Jomar Diogo Costa Nunes

Coimbra, setembro de 2021

Agradecimentos

A todos os mestrandos da minha turma pela força durante as aulas em Portugal e no Brasil.

À minha filha, Luma (7 anos) que permitiu que o papai terminasse o Mestrado, pois sempre queria atenção.

À minha esposa, Wildilene, também mestranda, pois me acompanhou nas coletas de dados de campo.

À Prof^a. Doutora Ana Carolina Morgado Ferreira de Frias pelo apoio e orientação e por disponibilizar seu tempo na construção deste trabalho.

Aos meus companheiros de trabalho que fizeram parte desta pesquisa, principalmente o Prof. Doutor Jomar Nunes, Co-orientador, que enriqueceu o meu aprendizado com a sua experiência.

Às Professoras Doutora Ana Paula Amaral e Doutora Filomena Teixeira, Coordenadoras do Mestrado em Educação para a Saúde da Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra, pelo seu profissionalismo e os ensinamentos durante as aulas no Brasil e em Portugal.

A todos os professores que contribuíram, tanto no Brasil quanto em Portugal, para o engrandecimento deste mestrado.

À Escola Superior de Tecnologia da Saúde e Escola Superior de Educação de Coimbra, pelo acolhimento e aprendizagem que proporcionaram ao longo dos dois anos de mestrado.

Resumo

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) representam um importante problema de saúde pública, a nível mundial e no Brasil, agravado, entre vários fatores, pelas insuficiências de diagnóstico, dificuldade de acesso a tratamento adequado, práticas sexuais desprotegidas (Pinto, Basso, Barros e Gutierrez, 2018), toxicodependência, que pode gerar vulnerabilidade à propagação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e de outras IST's (Marsden, 2009), e nos quais a educação para a saúde tem um papel relevante (Pinto, Queiroz, Gubert, Braga e Pinheiro, 2016).

Este estudo teve como objetivo conceber, implementar e avaliar um programa de prevenção de HIV e Sífilis em internos de uma Comunidade Terapêutica do Maranhão. Permitiu estimar as taxas de prevalência de HIV e Sífilis no grupo em estudo; descrever o seu perfil sociocomportamental, uso de drogas e relação com os fatores de risco para HIV e Sífilis; implementar um programa educativo sobre prevenção de HIV, Sífilis e outras IST's com internos da Comunidade Terapêutica; e analisar os seus conhecimentos sobre HIV, Sífilis e sua prevenção, antes e após o programa educativo implementado. Enquanto estudo descritivo, sociocomportamental e de soroprevalência, recorreu ao uso de dois questionários, como instrumentos de colheita de dados. Nele participaram 23 pessoas do sexo masculino, internos de uma Comunidade Terapêutica, a maioria (52,2%) com idades compreendidas entre os 26 e 34 anos, predominantemente pardos (65,2%), católicos (87%) e com escolaridade inferior ao Ensino Fundamental (56,5%). Consumiam, como principal droga lícita, o álcool (25%) e ilícita o *crack* (18%), entre outras, tendo iniciado o uso de drogas entre 12 e 17 anos (61%), com uma frequência diária de uso (43,5%), não utilizava preservativo nas suas relações sexuais (82,6%), mesmo com conhecimento prévio de que essa prática aumenta o risco de propagação, compartilharam apetrechos para uso de *crack* (35,7%), tendo já apresentado lesões no pénis sugestivas de IST's (51,9%). Nas testagens realizadas, identificou-se 1 interno com amostra reagente para HIV e 4 internos com amostras reagentes para Sífilis. As principais conclusões do trabalho remetem para a existência da vulnerabilidade deste público à exposição do HIV e sífilis, e uma evolução de conhecimentos sobre prevenção destas IST's, que se espera ter impacto na promoção da sua saúde.

Palavras-chave: Comunidade Terapêuticas, Toxicodependentes, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV, Aids e Sífilis.

Abstract

Sexually Transmitted Infections (STIs) represent an important public health problem, worldwide and in Brazil, aggravated, among several factors, by insufficient diagnosis, difficulty in accessing adequate treatment, unprotected sexual practices (Pinto, Basso, Barros and Gutierrez, 2018), drug addiction, which can generate vulnerability to the spread of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and other STIs (Marsden, 2009), and in which health education has an important role (Pinto, Queiroz, Gubert, Braga and Pinheiro, 2016).

This study aimed to conceive, implement and evaluate an HIV and Syphilis prevention program for inmates of a Therapeutic Community in Maranhão. It made it possible to estimate the prevalence rates of HIV and Syphilis in the study group; describe their socio-behavioral profile, drug use, and relationship with risk factors for HIV and Syphilis; implement an educational program on prevention of HIV, Syphilis, and other STIs with inmates from the Therapeutic Community; and to analyze their knowledge about HIV, Syphilis and its prevention, before and after the educational program implemented. As a descriptive, socio-behavioral, and seroprevalence study, two questionnaires were used as data collection instruments. It was attended by 23 male people, interned in a Therapeutic Community, the majority (52.2%) aged between 26 and 34 years old, predominantly brown (65.2%), Catholics (87%), and with less education to Elementary Education (56.5%). As the main legal drug, they consumed alcohol (25%) and crack (18%), among others, have started using drugs between 12 and 17 years old (61%), with a daily frequency of use (43, 5%), did not use condoms in their sexual intercourse (82.6%), even with previous knowledge that this practice increases the risk of spreading, shared equipment for crack use (35.7%), having already presented injuries in the penis suggestive of STIs (51.9%). In the tests carried out, 1 inmate was identified with a reagent sample for HIV and 4 inmates with reagent samples for Syphilis. The main conclusions of the work refer to the existence of this public's vulnerability to exposure to HIV and syphilis, and the evolution of knowledge about the prevention of these STIs, which is expected to have an impact on the promotion of their health.

Keywords: Community Therapies, Drug Addicts, Sexually Infected Transmissible, HIV, Aids and Syphilis.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CD4	- <i>Cluster of differentiation 4</i> - Células do Sistema imunitário
CID10	- Código Internacional de Doenças
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CT	- Comunidade Terapêutica
CTA	- Centro de Testagem e Aconselhamento
DCCI	- Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIAHV	- Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais
DSM	- Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais
EAD	- Ensino à Distância
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
SVS	- Serviço de Vigilância Sanitária
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	- Teste Rápido
UDI	- Usuários de Drogas Injetáveis
VDRL	- <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

Índice

	Pág.
Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	iv
1. Introdução	05
2. Revisão de Literatura.....	07
2.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis e Toxicodependência	07
2.1.1. HIV e AIDS.....	07
2.1.2. Sífilis.....	09
2.1.3. Testes rápidos para HIV e Sífilis.....	10
2.2 Dependência química: álcool e outras drogas.....	14
2.3 Comunidade Terapêutica	17
2.4 Prevenção e rastreio de HIV e Sífilis: importância da educação para a saúde	19
3 Estudo empírico	20
3.1 Objetivos de investigação.....	21
3.2 Natureza do estudo	21
3.3 Participantes e local de intervenção.....	22
3.4 Instrumentos de colheita de dados	22
3.5 Procedimentos	23
3.6. Requisitos Éticos.....	25
4. Apresentação dos resultados.....	26
5. Discussão	32
6. Conclusões.....	36
Bibliografia	38
Apêndice I – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Administrador)	44
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes)	45
Apêndice III – Fluxograma de Testagem para Admissão na CT (Sugestão).....	46
Anexo I – Questionário Sociocomportamental	48
Anexo II – Questionário Pré-avaliação (Conhecimento sobre AIDS e Sífilis)	52

Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão

Anexo III – Aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa	54
Anexo IV – Declaração da Comunidade Terapêutica	56
Anexo V– Elementos Fotográficos da Intervenção Investigativa na Comunidade Terapêutica	57

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença (Brasil, 2020b).	09
Quadro 2 – Planejamento das Oficinas	24
Quadro 3 – Testagem para Sífilis e HIV entre os internos da Comunidade Terapêutica.	31

Índice de Fluxogramas

	Pág.
Fluxograma 1 – Diagnóstico da sífilis com utilização de testes rápidos treponêmicos	13
Fluxograma 2 – Dois testes rápidos de fabricantes diferentes (TR1 e TR2) usados sequencialmente com amostras de sangue.	14

Índice de Fotografias

	Pág.
Foto 1 - Entrada da Comunidade Terapêutica	57
Foto 2 - Entrada da Comunidade terapêutica	57
Foto 3 - Aplicação dos questionários	58
Foto 4 - Aplicação dos questionários	58
Foto 5 - Testagem para Sífilis/HIV	59
Foto 6 - Testagem para Sífilis/HIV	59
Foto 7 – Intervenção: Àlcool e outras drogas	60
Foto 8 – Intervenção: Àlcool e outras drogas	60
Foto 9 - Intervenção: Infecções Sexualmente Transmissíveis	61
Foto 10 - Intervenção: Infecções Sexualmente Transmissíveis	61
Foto 11 -Intervenção: Roda de Conversa	62
Foto 12 -Intervenção: Roda de Conversa	62

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Caraterísticas sociodemográficas dos toxicodependentes em uma Comunidade Terapêutica em Pinheiro – Ma.....	26
Tabela 2 - Histórico e padrão de consumo de drogas dos toxicodependentes em uma Comunidade Terapêutica em Pinheiro – Ma.....	27
Tabela 3 - Indicadores de vulnerabilidade social e comportamentos de risco em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica em Pinheiro – Ma.....	29
Tabela 4 - Conhecimento dos internos sobre formas de transmissão e prevenção da infecção por Sífilis e HIV.	30

1. Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) são consideradas um sério problema de Saúde Pública por afetarem muitas pessoas em todas as idades e gêneros, em qualquer lugar do mundo. Inicialmente, os sinais e sintomas podem confundir o diagnóstico correto, consequentemente o tratamento precoce, ainda que existam atualmente exames laboratoriais e testes rápidos que detectam o vírus HIV e a bactéria causadora da Sífilis (Brasil, 2016a), que oferecem um contributo significativo na prevenção e combate a esta problemática.

É importante salientar que a pessoa portadora do vírus HIV não desenvolverá necessariamente a doença – AIDS, pois este vírus pode permanecer inativo por longos anos dentro de células de defesa do nosso organismo (Oliveira, 2014; Brasil, 2016b).

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa que atinge diversos órgãos do corpo humano, com evolução crônica, e manifestações na pele (temporárias), sendo a quase totalidade dos casos oriundos de transmissão sexual e na área génito-anal, de etiologia bacteriana (*Treponema pallidum*) (Brasil, 2016a). A evolução da sífilis é dividida em recente e tardia (idem).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas tornou-se uma preocupação de saúde pública mundial. Nas últimas décadas, diversos estudos nos campos biológico, psicológico e sociológico, aumentaram o conhecimento sobre a temática e contribuíram para a elaboração de abordagens e métodos de prevenção e tratamento mais efetivos, mas ainda não suficientes para resolução do problema. Este consumo era visto a partir da ideia do indivíduo como um 'drogado', um 'viciado' ou um 'alcoólatra', de forma preconceituosa. O Dependente Químico era sempre descrito como um consumidor pesado e absolutamente dependente e com uma compulsão, cujo único tratamento era uma prolongada internação involuntária ou compulsória (Marques, 2006). O Código Internacional de Doenças (CID10) possui uma explicação mais atualizada, através de diretrizes que orientam o diagnóstico e abordam a dependência de forma global, apresentando o conceito 'síndrome de dependência' como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância, ou uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo do que outros comportamentos que antes tinham muito valor (Bernardo, 2015).

O rastreamento de ISTs em toxicodependentes deve ser realizado semestralmente, a fim de se estabelecer o diagnóstico e terapêutica precoces (prevenção primária), conforme estabelecem as normas do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2020b). Quando não realizado, há riscos de perpetuação do agravamento da problemática na comunidade em causa (idem).

Muitos dos usuários de drogas lícitas e ilícitas procuram, como alternativa de tratamento, as Comunidades Terapêuticas (CT), as quais existem há mais de 60 anos, tendo-se estabelecido nas duas últimas décadas como um dos modelos mais procurados para a recuperação de toxicodependentes no Brasil e em outros países, por apresentarem uma maneira inovadora de terapia, independentemente do nível sociocultural de cada um (Perrone, 2014). De Leon (2003), enfatiza que a CT utiliza uma abordagem de autoajuda, fora das correntes hospitalocêntricas e centradas na Medicina. Quando seus princípios básicos são respeitados e o tratamento focado na díade doença-pessoa, os resultados obtidos são positivos, o que explica sua multiplicação constante em todos os continentes (idem).

A par desta possibilidade de intervenção, reconhece-se também a relevância da educação para a saúde, fundamental na mudança de comportamento em relação às drogas e ao HIV/Aids, que requerem dos profissionais de saúde uma maior aproximação à realidade destes usuários e reflexão acerca do seu papel enquanto educadores, e o desenvolvimento de ambiente promotores da aprendizagem e autonomia dos sujeitos (Pinto, Queiroz, Gubert, Braga e Pinheiro, 2016).

Considerando estas perspectivas elaborou-se o presente estudo, com o objetivo de conceber, implementar e avaliar um programa de prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes internos de uma Comunidade Terapêutica do Maranhão. Com o mesmo, pretende-se obter e analisar dados sobre a realidade desses usuários na Comunidade Terapêutica, que irão auxiliar tanto a Vigilância Epidemiológica, quanto as intervenções de Educação para a Saúde (estratégias de prevenção e implementação de programas educativos) sugeridas pela literatura como importantes para o estabelecimento de medidas de intervenção eficazes.

O trabalho encontra-se organizado em 4 pontos essenciais: 1) primeiramente o enquadramento teórico onde é feita uma revisão de literatura sobre infecções sexualmente transmissíveis e toxicodependência, mais especificamente HIV/AIDS e Sífilis; testes rápidos para HIV e Sífilis e falhas na execução destes testes; dependência química de álcool e outras drogas; Comunidades Terapêuticas; e prevenção de HIV/AIDS e Sífilis, salientando a importância da educação para a Saúde; 2) num segundo ponto encontram-se as questões metodológicas do trabalho, onde se evidenciam os objetivos e natureza do estudo, bem como participantes que o integraram, instrumentos utilizados, procedimentos e questões éticas; 3) seguidamente a apresentação e discussão dos resultados; e finalmente 4) a conclusão e referências bibliográficas, seguidas dos anexos.

2. Revisão de Literatura

2.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis e Toxicodependência

Todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um evento que requer atenção para busca de outras ISTs, principalmente porque pode ser porta de entrada para outras infecções, principalmente aquelas que causam lesões ulceradas em região genito-anal e possibilidade de infecção pelo HIV (Brasil, 2010; Oliveira, 2014).

Os usuários de drogas injetáveis (UDI) são vulneráveis à transmissão de ISTs, tanto pelas seringas compartilhadas quanto pela impulsividade à prática de atos sexuais sem proteção, representando uma parcela considerável de infectados pelo HIV nessa população (Brasil, 2006; Pasqualotto, 2006). Entretanto, é provável que a forma como a droga é utilizada (e não tanto que tipo de droga se utiliza) esteja associada a um maior risco de contágio, pois alguns estudos com usuários de drogas verificaram que apenas a cocaína injetada apresentou diferença significativa quanto à soropositividade (Pechansky, 2004).

Quando se compara o comportamento sexual de usuários e não usuários de drogas ilícitas, verifica-se que os primeiros apresentaram maior incidência de comportamentos sexuais de risco para as ISTs (Araújo, 2014). Também em toxicodependentes, os padrões de consumo de álcool são superiores no grupo de indivíduos portadores de HIV (Silva, 2010). Para além disso, outros estudos têm indicado diferença significativa em vários parâmetros, tais como relação sexual completa, idade de iniciação sexual, uso/ou não de preservativos, pagamento por sexo e antecedente de prostituição, além da idade e do gênero (Scivoletto, 1999). Outros estudos mostram ainda que pacientes psiquiátricos são sexualmente ativos e que a maioria apresenta taxas elevadas de comportamentos de risco (Santos, 2016; Brasil, 2008). O uso de substâncias, como álcool e outras drogas, sugere ser prevalente entre pessoas com transtornos mentais (Scheffer, 2010) e a prevalência de casos de HIV positivos é duas vezes superior em indivíduos que ingeriram bebidas alcoólicas e entre os usuários de crack, em comparação com os usuários de cocaína em pó (Santos, 2016).

2.1.1. HIV e AIDS

No Brasil, entre 2007 e 2019, foram notificados 300.496 casos de infecção pelo HIV, principalmente na região Sudeste, com 45,6% dos casos, seguindo-se a região Sul (com 20,1%), o Nordeste (com 18,3%), Norte (8,7%) e região Centro-Oeste (7,3%) (MS, 2019). Entre 1980 e 2019, foram também identificados

cerca de 966.058 casos de AIDS no Brasil, tendo o país registrado, anualmente, uma média de 39 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos (idem).

A infecção pelo HIV tem um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença, com durações variáveis¹, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral (Brasil, 2020b). A primeira fase da infecção (infecção aguda) representa o tempo para o surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção (idem). A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi) (ibidem). A presença desses eventos define a Aids (Brasil, 2020b).

A AIDS é assim uma doença que atinge o sistema imunitário através do vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), seguindo as seguintes fases (Oliveira, 2014; Brasil, 2016b):

a) *Infecção aguda*: surge semanas a meses (6 meses) após a infecção inicial, caracterizada pela sintomatologia de febre, calafrios, sudorese, mialgias, cefaleias, dor de garganta, sintomas do trato gastrointestinal, linfadenopatias generalizadas e erupções cutâneas, sendo na maioria das pessoas sintomas auto-limitados. Contudo, nem sempre se estabelece o diagnóstico correto devido a diagnóstico diferencial de outras doenças virais que acabam sobrepondo sintomas semelhantes².

b) *Infecção assintomática*: de duração variável a alguns anos. A pessoa é portadora do vírus e o teste resulta positivo, mas não apresenta sintomas, porém pode disseminar o vírus através de relações sexuais, materiais biológicos, entre outros.

c) *Doença sintomática*: neste caso, a AIDS, que se manifesta à medida que o infectado apresenta imunidade baixa. Aparecerão sintomas como febre persistente, diarreia crônica, perda de peso importante, sudorese noturna, astenia e adenomegalia.

Há evidência que os toxicodependentes infectados com HIV que utilizam bebida alcoólica apresentam maiores cargas virais e contagens de células CD4 inferiores às dos doentes, em geral, que habitualmente não consomem álcool e que o álcool prejudica a adesão à terapêutica das medicações anti-retrovirais (Warren, 1987). Por outro lado, segundo Stein (2001), o consumo de álcool aumenta a probabilidade de comportamentos sexuais de risco independentemente de variáveis como idade, sexo, raça, educação, consumo de cocaína, número de parceiros sexuais e risco de infecção pelo HIV através

¹ Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (Brasil, 2020b).

² Os testes laboratoriais e rápido podem dar negativos, mas a pessoa pode transmitir o vírus a outras pessoas (Brasil, 2016b).

de parceiros. Também há estudos que alertam para o facto de os usuários de drogas apresentarem menor conhecimento sobre HIV e Aids comparativamente com os não usuários, exibindo maiores taxas de infecção pelo HIV (Santos,2013).

2.1.2. Sífilis

A Sífilis é uma infecção sistémica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que acomete apenas os seres humanos e que, quando não tratada corretamente e precocemente, pode dar origem a doença crónica e causar sequelas irreversíveis a longo prazo (Brasil, 2020b).

A sífilis constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, pois além de ser infectocontagiosa pode deixar sequelas em todo sistema orgânico do indivíduo (Horváth, 2011; Souza, 2018). O Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da doença, caracterizada por diferentes manifestações clínicas (quadro 1), desde a fase primária até a fase terciária (Brasil, 2020b).

Práticas sexuais sem barreiras e idade baixa são dois dos principais fatores de risco para IST. Em relação à Sífilis, as notificações têm aumentado na população entre 13 a 29 anos, assim esse grupo foi incluído no rastreamento anual (Brasil, 2020b).

Quadro 1 – Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença (Brasil, 2020b).

ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais); Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia; Linfadenopatia generalizada; Sinais constitucionais; Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: Brasil (2020b).

O tratamento precoce da sífilis evita o comprometimento sistêmico e a disseminação por meios sexuais, incluindo transmissão durante a gestação (Peeling, 2010). Caso a doença não seja tratada, pode resultar numa mortalidade de 8 a 58%, com maior taxa entre homens (Souza, 2018).

2.1.3 Testes rápidos para HIV e Sífilis

Os testes rápidos são imunoenaios simples e técnicas rápidas e fáceis de realização com resultados quase imediato (em até 30 minutos), realizados preferencialmente de forma presencial (na presença do indivíduo, que acaba observando todo o processo) em ambiente não laboratorial com amostra de sangue por punção digital, ampliando a triagem e o acesso ao diagnóstico (Brasil, 2016a). Estes testes constituem um importante recurso para as abordagens e cuidados para a identificação de possíveis casos de HIV e Sífilis de forma oportuna, voluntária, sigilosa e gratuita nos espaços de sociabilidade das populações-chave e prioritárias (idem). É um processo de testagem considerando como triagem, necessitando de testes complementares para os indivíduos com resultado reagente, conforme fluxograma estabelecidos pelo Ministério da Saúde (ibidem).

Existem, contudo, falhas na execução destes testes, que importa considerar, e cujas causas sugerem estar relacionadas com a qualidade dos testes e menor capacitação dos profissionais³ que os realizam (Brasil, 2010). As principais causas de falhas incluem (idem):

- a) Erro na identificação, transcrição dos dados do paciente ou do resultado do teste;
- b) Troca de amostras;
- c) Erro na execução do procedimento do teste;
- d) Utilização do volume incorreto de tampão ou amostra;
- e) Leitura do resultado do teste no momento incorreto;
- f) Interpretação incorreta do resultado;
- g) Dificuldade na interpretação de bandas fracamente reagentes;
- h) Uso de dispositivos de TR danificados ou fora do prazo de validade;
- i) Uso do tampão/reagente, pipetas/capilares/alças coletoras de outro conjunto diagnóstico de testagem rápida;
- j) Transporte e/ou armazenamento inadequado dos conjuntos diagnósticos.

³ No Brasil, há cursos de capacitação gratuitos via EAD ofertados pelo Telelab (www.telelab.aids.gov.br).

Neste sentido, para minimizar o erro, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda as seguintes orientações (Brasil, 2016b).

1. Abrir a embalagem do dispositivo de teste somente no momento da execução do teste, para evitar a hidratação da membrana do dispositivo;
2. Não realizar vários TR ao mesmo tempo;
3. Cronometrar o tempo de corrida e de leitura do teste e não ultrapassar o tempo máximo de leitura estipulado pelo fabricante;
4. Usar o dispositivo de coleta da amostra (alça, capilar ou pipeta) especificado pelo fabricante e fornecido juntamente com os testes. Esses dispositivos de colheita aspiram volumes diferentes de amostra e não devem ser trocados entre kits distintos. Realizar o teste com o capilar ou a pipeta incorreta pode gerar resultados falso-reagentes ou falso-não reagentes;
5. Não tocar ou bater a ponta da alça, do capilar ou da pipeta de coleta na membrana do dispositivo de teste. Essas ações podem causar danos à membrana e provocar um resultado errôneo;
6. Usar o tampão/reagente especificado pelo fabricante e fornecido juntamente com os testes. Dispensar apenas o volume de amostra e tampão determinados pelo fabricante, conforme consta nas instruções de uso (bula) do produto;
7. Para a liberação de laudo com resultado reagente, é imprescindível a realização sequencial de dois TR de antígenos diferentes;
8. Em função da alta sensibilidade dos testes rápidos, laudos de amostras reagentes para HIV devem explicitar a importância da realização imediata do exame de quantificação da carga viral, cujo resultado confirma a presença do vírus;
9. Os responsáveis pela padronização do manuseio, do armazenamento e das etapas e tempos para a realização dos TR são os fabricantes de cada conjunto diagnóstico, e as instruções de uso de cada teste rápido devem sempre ser rigorosamente seguidas.

Os testes para diagnóstico de sífilis podem ser exames diretos (realiza detecção do *Treponema pallidum* em amostras das lesões ulceradas) e testes imunológicos (pesquisa anticorpos em amostras sanguíneas e são os mais utilizados). Estes últimos são subdivididos em treponêmicos e os não treponêmicos (Araújo, 2017).

Os Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*), Ensaio imunoenzimático (como os testes ELISA, do inglês *EnzymeLinked Immunosorbent Assay* e Testes Rápidos – TR - são os treponêmicos). Este último é o mais indicado para início de

diagnóstico, pois é prático e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos, com amostras de sangue total colhidas por punção digital e realizado em praticamente qualquer ambiente, não necessariamente dentro de um laboratório. Os testes treponêmicos permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, mesmo com conduta terapêutica adequada, não sendo indicados para acompanhamento de tratamento. Mesmo com os testes rápidos, o fluxograma institui os testes não treponêmicos para acompanhamento sorológico (Lopes, 2006; Brasil, 2020b; Araújo, 2017).

No Brasil, o VDRL é o teste não treponêmico mais utilizado, permitindo uma análise qualitativa e quantitativa. O resultado é expresso em titulações (1:2, 1:4, 1:8, etc.). É utilizado como primeiro teste ou teste complementar e, também, auxiliam no acompanhamento do controle de cura. As titulações sequenciais com queda indicam que a terapêutica prescrita foi eficaz. Os testes não treponêmicos marcam reagentes de uma a três semanas após o aparecimento da lesão ulcerada. Nas fases tardias, espera-se títulos baixos. Pessoas com títulos baixos, por exemplo $\frac{1}{4}$ nos testes não treponêmicos, estes podendo persistir por meses ou anos, podem estar apresentando “cicatriz sorológica”. Porém, não havendo registro de tratamento e sem data de infecção, estas pessoas são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, necessitando de tratamento (Lopes, 2006; Brasil, 2020b; Araújo, 2017).

Conforme Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, houve aumento dos casos de sífilis adquirida de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018 (Brasil, 2019).

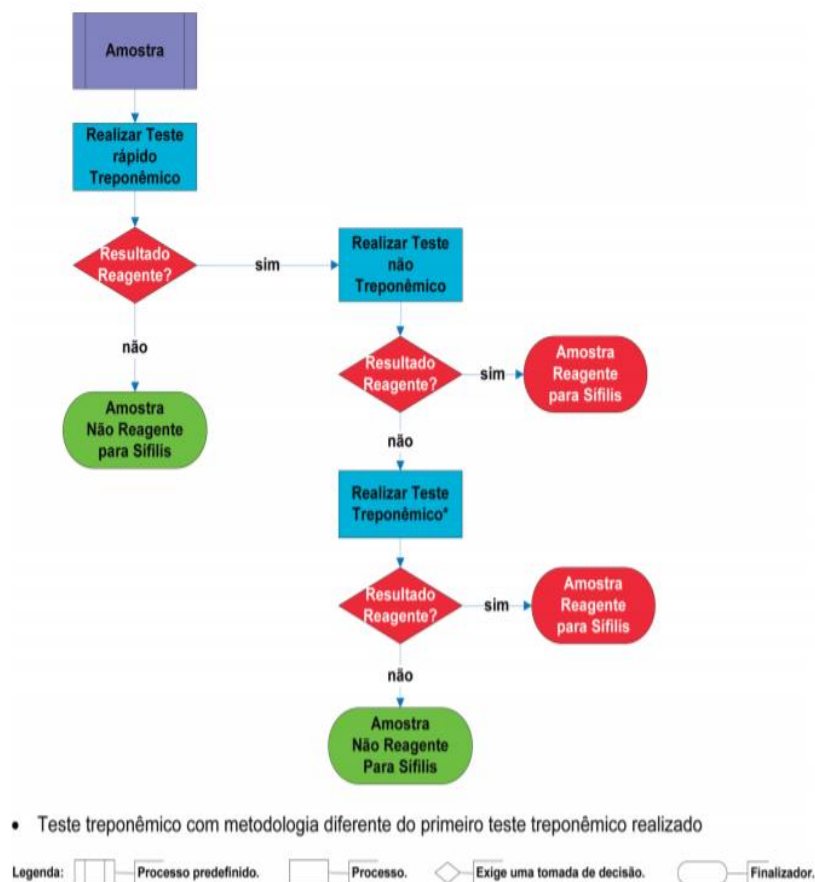
Os Testes Rápidos para a triagem e/ou o diagnóstico de HIV fornecem resultados rápidos (até 30 minutos), sendo utilizados em situações como em populações de difícil acesso, testagem e aconselhamento em domicílio, teste em gestantes e realização de testagem móvel. O teste é feito através de sangue de punção digital ou venosa, soro, plasma ou fluido oral, conforme o fabricante (Brasil, 2016b). Importante observar o período de “janela imunológica” (tempo entre a infecção e a produção de anticorpos pelo organismo, suficiente para ser detectado pelo teste), geralmente de 30 dias, mas podendo variar de pessoa para pessoa. Estes testes devem ser realizados por profissionais capacitados por treinamentos presenciais ou por meio de cursos de ensino a distância, para realização da metodologia, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (Brasil, 2016b; Universidade Federal do Maranhão, 2017).

No Brasil, através de processo licitatório, o Kit ALERE Sífilis para teste rápido é o que utilizamos e o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) fornece capacitação a distância gratuitamente por meio da

plataforma Telalab na qual estão disponíveis vídeos que apresentam os procedimentos passo a passo para a realização de todos os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2020a).

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil, recomenda-se iniciar a investigação pelo Teste Rápido (TR), que é o primeiro a positivar, conforme Fluxograma 1 e, se persistir a suspeita clínica de sífilis, deve repetir-se o fluxograma após 30 dias (Brasil, 2016a).

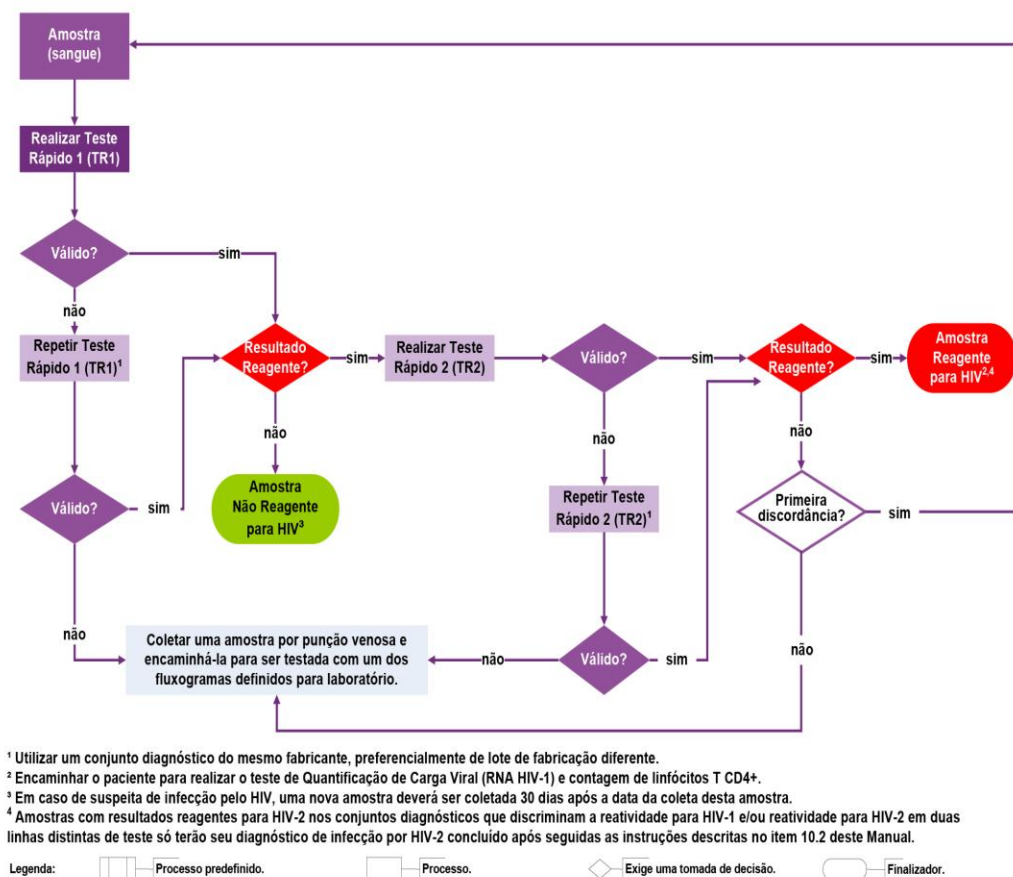
Fluxograma 1 – Diagnóstico da sífilis com utilização de testes rápidos treponêmicos



Fonte: Brasil, 2016b

A infecção pelo HIV é definida com dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes, usados sequencialmente (Brasil, 2016b). Recomenda a mesma fonte que a presença do vírus seja confirmada com o teste de quantificação da carga viral do HIV a contagem de linfócitos T-CD4+, o qual, além de descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente, já consiste no primeiro exame de monitoramento. Por outro lado, caberá ao profissional de saúde habilitado avaliar a oportunidade de início de terapia logo após o resultado obtido em dois testes rápidos distintos, conforme Fluxograma 2, (Brasil, 2016b).

Fluxograma 2 – Dois testes rápidos de fabricantes diferentes (TR1 e TR2) usados sequencialmente com amostras de sangue.



Fonte: Brasil, 2016b

2.2 Dependência química: álcool e outras drogas

Em todo o mundo, o consumo de substâncias psicoativas tem aumentado, principalmente em áreas urbanas, algo em torno de 10%, independente de fatores sociodemográficos como idade, sexo, nível de instrução ou poder aquisitivo (Bernardo, 2015). Em Portugal, por exemplo, nas últimas décadas, surgiu o consumo de álcool associado a cocaína, em ambientes públicos e privados (culturais e comerciais) (Patrício, 2014).

Ao tratarmos do tema álcool e outras drogas, faz-se necessário considerar os diversos fatores que levam ao uso como o padrão de uso (diferentes formas de uso, frequência e quantidade de uso e

associação com outras drogas), assim como os transtornos que causam no âmbito pessoal, familiar e profissional (Nunes, 2010).

Problemas relacionados com o alcoolismo são em grande parte sociais e ocupacionais, tais como, problemas conjugais e familiares que podem levar a abuso do cônjuge e dos filhos, separação e divórcio; problemas relacionados ao trabalho, como absenteísmo e demissão; e problemas legais relacionados com a justiça (prisões por intoxicação pública, dirigir sob efeito de drogas ou brigas em bar) (Andreasen, 2009). O alcoolismo também aumenta o risco de abuso ou dependência de outras substâncias, pois acaba sendo “porta de entrada” (idem).

A Dependência Química traz diversos efeitos maléficos para o indivíduo e para a sociedade, sendo muitos e em diversos aspectos, além dos gastos diretos nos sistemas de saúde, judiciário e previdenciário, além dos danos a terceiros, pelo que são necessários esforços conjuntos para a prevenção, especialmente em populações mais vulneráveis (Chaim, 2015).

Uma pesquisa realizada nos EUA, em 1990, constatou que mais de 6 milhões da população usaram cocaína no ano anterior à pesquisa. Os padrões de uso flutuam, de acordo com a disponibilidade, acessibilidade e preço dessas drogas. A cocaína está mais fácil de adquirir e o preço mais acessível em relação a anos anteriores. O crack é ainda mais barato e de mais “fácil utilização”, tornando seu uso epidêmico em várias partes do mundo (Andreasen, 2009).

As drogas que são consumidas em excesso e com frequência têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa cerebral⁴, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias (American Psychiatric Association, 2014). Os mecanismos neurobiológicos do sistema de recompensa são diferentes, considerando os diferentes receptores que atuam, mas geralmente ativam-no (principalmente a dopamina), produzindo sensações de prazer (idem). Esse sistema sofre influências ambientais (sociais, culturais, educacionais), comportamentais e genéticos e os indivíduos com baixo nível de autocontrole, podem ser particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância (ibidem). Assim, por vezes, a origem dos transtornos por uso de substância pode ser observada nos comportamentos das pessoas muito antes do início do uso atual de substância propriamente dito (American Psychiatric Association, 2014).

Com a alteração de receptores e neurotransmissores cerebrais, decorrente do padrão de uso de drogas, a pessoa experimenta mudanças comportamentais diversas. Substâncias psicoativas, álcool,

⁴ As drogas de abuso ativam diretamente essas vias de recompensa, mais precisamente nos sistemas mesolímbico e mesocortical, provocando alterações de neurotransmissores, que juntos constituem o sistema de recompensa cerebral (American Psychiatric Association, 2014).

maconha, cocaína etc., têm o poder de alterar a cognição (atenção, memória, concentração), danificar células neuronais e afetar o comportamento e os relacionamentos do indivíduo.

Todas as drogas, lícitas ou ilícitas, apresentam-se com o efeito de produzir uma recompensa essencialmente prazerosa no início de seu uso, desencadeando um ciclo vicioso e levando, com o passar do tempo, à dependência química (Bernardo, 2015). A dependência química pode ser confirmada pela presença de critérios e avaliação do padrão de uso (frequência, tipo de droga, quantidade) e da pessoa que a utiliza (idem). A vulnerabilidade do indivíduo de se tornar dependente, varia de acordo com fatores predisponentes pessoais, com o meio ambiente e droga de escolha (Bernardo, 2015).

O Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) norteia os critérios diagnósticos para transtornos relacionados ao uso de substâncias segundo um padrão mal adaptativo de uso da substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por dois (ou mais) dos seguintes critérios, que ocorram a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura, desejo intenso ou urgência em consumir a substância (*craving*).
5. Uso recorrente da substância resultando em fracasso para cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.
6. O uso da substância continua, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
8. Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico.
9. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso.
10. Tolerância - definida por qualquer um dos seguintes aspectos - (a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; ou (b) acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade da substância.

11. Abstinência - manifestada por qualquer dos seguintes aspectos - (a) síndrome de abstinência característica para a substância; ou (b) a substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Por fim, a classificação da gravidade do transtorno baseia-se na quantidade de critérios acima preenchidos pelo indivíduo, podendo ser (American Psychiatric Association, 2014): i) Leve, na presença de 2 a 3 sintomas; ii) Moderada, na presença de 4 a 5 sintomas; e iii) Grave, na presença de 6 ou mais sintomas.

2.3 Comunidades Terapêuticas

A problemática da dependência química, principalmente álcool e outras drogas (crack, cocaína e maconha) tem vindo a aumentar de forma alarmante nas últimas décadas, provocando, em função das 'falhas' das políticas públicas, a proliferação de uma série de locais de internação para este público, dentre estes as denominadas Comunidades Terapêuticas (CT) (Perrone, 2014).

Em 2002, o Ministério da Saúde Brasileiro instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, traçando estratégias específicas para a construção de uma rede pública de tratamento a esses usuários, enfatizando a reinserção social (Brasil, 2007).

A construção de uma rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas é um importante contributo para a reforma Psiquiátrica (Garcia, 2014). A articulação da Rede de Atenção psicossocial promove a constituição de referências no território, capazes de acolher e dar suporte a pessoa em sofrimento mental, sendo ela mais ampla do que um conjunto dos serviços de saúde mental dos municípios, pois abrange também instituições não ligadas à saúde como igreja, escola, delegacia, promotoria, gestor municipal, secretarias etc. (idem).

As CT são espaços públicos ou privados onde todos os membros apresentam alguma alteração de saúde relacionada com uso de drogas lícitas ou ilícitas, e onde, para se ser admitido, o toxicodependente precisa estar motivado e decidido e aceitar voluntariamente o seu internamento, que tem como regra a abstinência (Sadock, 2017). Ou seja, refere a mesma fonte, com a entrada nestas CT, ao pessoal terá que realizar uma mudança de vida, trabalhar em grupo, desenvolver competências e restaurar valores como a honestidade, responsabilidades e habilidades sociais. Essas Comunidades⁵ podem gerar resultados positivos, ainda que os índices de abandono sejam elevados, principalmente no primeiro mês de internamento, podendo chegar a 75% dos indivíduos, considerando-se que os internos podem desistir a

⁵ A equipe das CT que coordena as atividades, em geral, é formada por ex-dependentes químicos (Sadock, 2017).

qualquer momento que desejarem (Sadock, 2017). A forma de internamento prolongado e o tempo de duração do programa varia de modelo para modelo.

Como refere Patrício (2014), a CT pode ser uma estrutura de apoio importante para alguns dependentes que não conseguem evoluir de forma satisfatória no seu projeto em tratamento ambulatorial, uma vez que com este internamento aproveitam-se as vantagens da separação do doente do seu domicílio habitual, do meio da droga e do ambiente em que vive. Contudo, o recurso à CT deve ser feito quando no decurso do Plano Terapêutico houve insucesso face aos objetivos do tratamento (idem).

Segundo Sadock (2017), os programas para tratamento da Dependência Química costumam ser agrupados em função de algumas características:

- a) Se têm como finalidade controlar abstinência aguda e as consequências de uso recente de drogas (desintoxicação);
- b) Se visam uma alteração comportamental de longo prazo;
- c) Se o programa faz amplo uso de intervenções farmacológicas ou não;
- d) Se o programa se baseia em psicoterapia individual, Alcoólicos Anônimos (AA) ou outros programas de 12 passos;
- e) E de acordo com os princípios da comunidade terapêutica.

Nesse sentido, as instituições públicas categorizaram os programas de tratamento para Dependentes Químicos como (Sadock, 2017):

- (1) manutenção com metadona (principalmente ambulatorial);
- (2) programas ambulatoriais sem fármacos;
- (3) comunidades terapêuticas;
- (4) programas de internação de curta duração.

Segundo De Leon (2003), a CT percebe o uso abusivo de álcool e outras drogas como um transtorno complexo que envolve as drogas, o indivíduo e a família, implicando padrões de comportamentos e de pensamentos derrotistas e autodestrutivos, que revelam perturbação biopsicossocial. Ainda de acordo com esta visão, o indivíduo é assumido como ator principal, responsável pelo seu transtorno e, consequentemente, pela sua recuperação (idem).—Independentemente das diferenças de cada indivíduo (físicas, bioquímicas etc), os usuários que abusam de álcool e outras drogas comungam de importantes particularidades. Muitos apresentam problemas de socialização, alterações cognitivas e problemas vinculados a capacidades emocionais, além de comprometimento de seu desenvolvimento psicológico geral (De Leon, 2003). Assim, começando pela vivência com outros usuários, na concepção de

recuperação da CT, é fundamental considerar uma mudança global do estilo de vida e de ressignificação da identidade do indivíduo no contexto do aprendizado social (idem).

2.4 Prevenção e rastreamento de HIV e Sífilis: importância da educação para a saúde

A Educação para a Saúde assume importância na promoção da saúde, concretamente de práticas sexuais seguras na população geral, e particularmente nas mais vulneráveis, como é a população toxicodependente em relação à transmissão do HIV, e na modificação de comportamentos sexuais de risco, a par de estratégias de redução de danos. A redução de danos, enquanto estratégia de prevenção e promoção da saúde, tem o potencial de incluir o conhecimento e discussão da experiência quotidiana dos e das toxicodependentes, e estimular a promoção da sua autonomia e participação reflexiva na busca de comportamentos de autocuidado individual (Anjos, 2014).

As equipes de Atenção Primária podem se engajar em campanhas educativas e promover a formação de agentes multiplicadores, facilitando a disseminação de informações, inclusive com a participação do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (Boska, 2017). As estratégias devem ser complementadas por ações multiprofissionais no sentido de poder identificar indivíduos com comportamento de maior risco (relação sexual homo ou heterossexual sem o uso de preservativos, compartilhamento de seringas e agulhas, como no uso de drogas injetáveis), para oferecer aconselhamento intensivo e testagem com maior frequência para IST's, em especial aos grupos em que tais comportamentos se verificam com maior frequência - profissionais do sexo, jovens com múltiplos parceiros sexuais e toxicodependentes (Boska, 2017).

Algumas medidas importantes para evitar infecções sexualmente transmissíveis são (Oliveira, 2017): a utilização de método de barreira nas relações sexuais (camisinha); o não compartilhamento de seringas e agulhas com outras pessoas; e, no caso de mulheres que vivem com HIV/Aids, não devem amamentar e necessitam realizar acompanhamento pré-natal para que sejam tomadas as medidas necessárias à prevenção da transmissão vertical do HIV (da mãe para a criança). Também o rastreio para a infecção pelo HIV deve ser feito nas seguintes situações (Brasil, 2020b): na gestação (primeiro e terceiro trimestres); sempre que há presença de outras doenças sexualmente transmissíveis; em situação de tuberculose; em pessoas que apresentam manifestações clínicas compatíveis com infecção aguda ou tardia pelo HIV; perante comportamento sexual de risco; uso de drogas injetáveis; e pessoas que pedem para realizar o exame.

Para além disto, como refere Anjos (2014), há que explorar mais o papel da educação neste contexto na organização de sessões sobre temáticas relevantes na redução de danos, como a prevenção de IST's, tal como sugere o presente trabalho.

3. Estudo Empírico

3.1 Objetivos de Investigação

O presente trabalho tem como objetivos de investigação:

- **Objetivo Geral:** Conceber, implementar e avaliar um programa de prevenção de HIV e Sífilis em internos de uma Comunidade Terapêutica do Maranhão.
- **Objetivos Específicos:**
 - I) Estimar as taxas de prevalência de HIV e Sífilis entre os internos da Comunidade Terapêutica;
 - II) Descrever o perfil sociocomportamental, uso de drogas e a relação com os fatores de risco para HIV e Sífilis desse grupo específico;
 - III) Implementar um programa educativo sobre prevenção de HIV, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis com internos da Comunidade Terapêutica;
 - IV) Analisar os conhecimentos que os participantes possuem sobre HIV e Sífilis e estratégias de prevenção, antes e após o programa educativo implementado.

3.2. Natureza do estudo

Este é um estudo descritivo, sociocomportamental e de soroprevalência de HIV e Sífilis entre os usuários de álcool e outras drogas, internos de uma Comunidade Terapêutica Religiosa no município de Pinheiro – Maranhão – Brasil.

Os estudos descritivos procuram especificar propriedades, características e perfis importantes de pessoas, grupos ou comunidades (Sampieri, Collado e Lucio, 2003). Como referem os autores, em estudos desta natureza permitem ao investigador definir ou medir os dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo, ainda que, durante o trabalho de campo, seja possível identificar novos elementos, questões, passíveis de ser investigadas.

Considerando os objetivos já apresentados, na presente investigação, o autor pretende «descrever o perfil sociocomportamental, uso de drogas e a relação com os fatores de risco para HIV e Sífilis de internos de uma comunidade terapêutica», «analisando também os seus conhecimentos sobre HIV e Sífilis e estratégias de prevenção», antes e após a «implementação de um programa educativo», que se pretende ser capacitador de ações promotoras da saúde no grupo-alvo. Durante esta análise descritiva, que tem lugar antes e após a intervenção educativa, julga-se, indo ao encontro do que

referem os autores, ser possível identificar novas questões e achados, passíveis de serem investigados num futuro próximo.

3.3. Participantes e local de intervenção

Os participantes deste estudo foram todos os internos da Comunidade Terapêutica, localizada no município de Pinheiro, estado do Maranhão – Brasil, num total de 23 pessoas do sexo masculino (que aceitaram voluntariamente participar). Para integrarem o grupo de participantes, foram estabelecidos como critérios de inclusão: i) Ser utente da CT; ii) aceitar voluntariamente participar no estudo, com preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido; iii) participar em todas as atividades educativas propostas; iv) responder aos instrumentos de colheita de dados ministrados.

A CT na qual decorreu o estudo e onde foram selecionados os participantes, de forma não probabilística e intencional, é uma instituição filantrópica e religiosa, administrada pela Igreja Católica, sem fins lucrativos, sendo mantida por doações de voluntários, destinada à recuperação de toxicodependentes. Neste período (dezembro/2020), altura em que decorreu o trabalho de campo da investigação, existiam somente 23 internos, um número mais reduzido que o habitual, devido à pandemia (normalmente são 45 internos). Todos integraram o estudo uma vez que cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos.

Para serem admitidos e permanecerem nesta CT as pessoas com dependência química, têm que demonstrar interesse pelo seu tratamento de forma voluntária, que tem habitualmente a duração de 9 meses, e como método terapêutico para abstinência o tripé «trabalho, convivência e espiritualidade», não recorrendo à utilização de fármacos. Os candidatos fazem inicialmente uma entrevista para a admissão, sendo necessário estar em condições físicas e mentais para seguir as normas, e conviver em grupo, estabelecidas pela instituição, não podendo apresentar transtornos psiquiátricos graves que possam comprometer a segurança dos internos e nem possuir limitações físicas que o impeça de realizar as atividades diárias da CT. Também são solicitados alguns exames laboratoriais para rastreio de HIV, Hemograma Completo, Fezes, Urina I, e RX de Tórax.

3.4. Instrumentos de colheita de dados

Como instrumentos de colheita de dados foram utilizados um questionário de caracterização sociocomportamental (Anexo I), inspirado nos contributos da literatura sobre a temática agora desenvolvida, designadamente nos estudos de Carlini (2007), Bastos (2014) e Brasil (2011). O

questionário é constituído por perguntas fechadas, e procurou mapear características dos participantes relativas a quatro componentes: (1) características sociodemográficas, (2) histórico e padrão de consumo de substâncias, (3) indicadores de vulnerabilidade, e (4) Prevalência de IST's.

Para além deste instrumento, foi também aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos sobre HIV/AIDS e Sífilis (Anexo II), que foi administrado antes e após a intervenção educativa.

Antes de se implementarem os questionários no grupo de participantes, foram testados com 5 voluntários, ex-toxicodependentes, a fim de identificar possíveis limitações e proceder às alterações necessárias para a sua implementação neste trabalho, procurando cumprir assim os requisitos necessários à sua validação.

3.5 Procedimentos

Este estudo desenvolveu-se ao longo de 4 fases, nas quais o investigador concretizou diferentes procedimentos.

Durante a **Fase 1**, teve lugar a revisão bibliográfica para elaboração da fundamentação teórica que sustenta o estudo; bem como a elaboração de pedidos de autorização para a realização do trabalho na CT, Comité de Ética e construção dos instrumentos de colheita de dados.

Na **Fase 2**, o investigador, já com a autorização da CT para realização do estudo, pôde apresentar o estudo e seus objetivos aos internos da instituição de modo a estabilizar/selecionar o grupo de participantes. Assim que se constitui o grupo em estudo teve início, após preenchimento do TCLE (Apêndice 1 e 2), o preenchimento do questionário sociocomportamental. Nesta fase, à semelhança dos restantes momentos, o investigador esteve sempre presente na CT para esclarecimento de dúvidas no auto-preenchimento dos instrumentos, ou durante as intervenções (Anexo V). Em seguida, foi realizada a testagem para Sífilis e HIV (Testes Rápidos), após aconselhamento sobre as IST's. Os testes com resultados reagentes foram direcionados para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de Pinheiro, para realização de testes confirmatórios, conforme orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2016ab). Este direcionamento foi autorizado pelos internos que apresentaram “amostras reagentes”. No final desta etapa, e antes do encaminhamento ao CTA, os internos preencheram o questionário de pré-avaliação e de avaliação de conhecimentos sobre HIV/AIDS e Sífilis (Anexo II), para avaliarmos o entendimento prévio dos internos sobre IST, além de analisarmos o diagnóstico acerca da temática estabelecida no estudo. Este período de colheita de dados decorreu no mês de dezembro de

2020, de forma individual, anônima e confidencial, numa sala com privacidade e sem alterar a dinâmica de atividades de cada interno.

Após esta etapa teve lugar a **Fase 3**, com a Implementação do Projeto de Intervenção Educativo. Assim, após finalizada a fase de análise dos dados colhidos, foram iniciadas as oficinas de formação (que incluíram palestras e roda de conversa) e de sensibilização, nos meses de janeiro e fevereiro de 2021, conforme contextualização e problemas encontrados. Antes de implementar as sessões educativas, foi elaborado um protocolo de admissão de internos na CT, levando em consideração os protocolos de testagem para ISTs preconizadas pelo Ministério da Saúde (APÊNDICE III), onde serão encaminhados para avaliação no Centro de Testagem e Aconselhamento e avaliação na Unidade Básica de Saúde.

As atividades educativas foram desenvolvidas em 5 momentos (quadro 2):

Quadro 2 – Planeamento das Oficinas de Formação

	TEMA	OBJETIVOS	DURAÇÃO	MATERIAIS	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
O F I C I	Sessão 1				
	Álcool e outras drogas	Promover a aquisição de conhecimentos acerca da ação das drogas no organismo; Estimular a discussão sobre implicações das drogas no âmbito social, familiar, pessoal e financeiro das pessoas.	2 h	Datashow; Espaço amplo com cadeiras; Investigador; Participantes.	- Exposição do tema - Discussão - Sessão tira-dúvidas - Vídeo educativo para fixação do conteúdo.
	Sessão 2				
	Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)	Proporcionar conhecimentos sobre IST's em geral. Promover a distinção e identificação de Sífilis, HIV e Aids.	2 h	Datashow; Espaço amplo com cadeiras; Investigador; Participantes.	- Exposição de conteúdos sobre IST's e caracterização de HIV e Aids e Sífilis; - Discussão - Vídeo educativo sobre HIV e Aids; - Esclarecimento de dúvidas.
	Sessão 3				
	Comporta	Promover	2 h	- Espaço	-

N	mento de risco e vulnerabilidade	discussão sobre o pensamento de cada um acerca do comportamento sexual e uso de drogas		amplo, cadeiras, investigador e participantes	- Questionamentos sobre a associação entre sexo e drogas e suas implicações - Toxicodependentes são mais vulneráveis?
	Sessão 4				
	Roda de Conversa	Promover o diálogo e o intercâmbio de ideias a partir da experiência de vida de cada um	2 h	-Flip-chart - Espaço amplo, cadeiras, investigador e participantes	- Abertura: apresentação do tema -Desenvolvimento de dinâmicas de grupo; -Fechamento: reflexão
	Sessão 5				
A	Roda de Conversa	Discutir a importância do suporte de cada um frente aos obstáculos na CT durante a internação	2 h	- Flip-chart - Espaço amplo, cadeiras, investigador e participantes	- Abertura: apresentação do tema - Relato de problemas acontecidos na Fazenda e possíveis soluções
S					

Fonte: o autor (2021)

Por fim, **na Fase 4**, foi novamente aplicado o questionário de avaliação de conhecimentos sobre HIV/Aids e Sífilis e tratados os dados, no sentido de identificar e descrever uma possível evolução na aquisição de conhecimentos após o projeto educativo implementado. Esta avaliação foi realizada um mês após as sessões educativas. Nesta última fase foi também elaborado o relatório final, com apresentação e discussão dos resultados. Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa Excel e Word 2019 da Microsoft, com a produção das tabelas para agrupar os dados e facilitar a análise e visualização dos resultados.

3.6. Requisitos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Número do Parecer: 4.043.102. (Anexo III), conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2012).

Para além disso, houve também a preocupação do investigador, em solicitar aos participantes o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices I e II), explicando-lhes previamente em que consistia o projeto e garantindo total anonimato das respostas e dados produzidos. Foi-lhes igualmente referido que poderiam recusar-se a participar em alguma atividade, ou desistir da sua participação nesta investigação a qualquer momento, caso assim o desejassem, e sem com isso sofrer qualquer tipo de consequência.

4. Apresentação dos resultados

Do total de 23 internos que participaram neste estudo, tal como expressa a tabela 1, todos são do sexo masculino (nesta CT apenas há admissão de pessoas do sexo masculino) e a maioria dos internos apresentava idades entre 26 a 34 anos (52,2 %), seguido por faixa etária superior a 34 anos (39,1 %) e 18 a 25 anos (8,7 %). No período da colheita não houve internos com idade inferior a 18 anos (nesta faixa etária não é comum a admissão, apesar de relato de um interno de 17 anos no passado).

Quanto ao grupo étnico, neste grupo há predominância de pardos (65,2 %), seguido igualmente de brancos (17,4%) e negros (17,4%). Em relação à religião, 20 (87%) assumem ser católicos e 3 (13%) evangélicos.

Relativamente à escolaridade, a maioria não chegou ao Ensino Médio. Do total de 23 internos, (56,5%) não concluíram o Ensino Fundamental, mostrando baixa escolaridade da maioria e apenas 2 (8,7%) do total concluiu essa parte do ensino. O Ensino Médio só foi concluído por 3 (13%) internos, enquanto 4 (17,4%) não chegaram a concluir. Um (4,4%) dos internos chegou a iniciar a Faculdade, mas não seguiu adiante.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos toxicodependentes em uma Comunidade Terapêutica em Pinheiro – Ma.

VARIÁVEIS		n	%
Sexo	Masculino	23	100
	Feminino	0	0
Faixa etária (anos)	12 a 17	0	0
	18 a 25	2	8,7
	26 a 34	12	52,2
	Acima 34	9	39,1
Estado civil	Solteiro	13	56,5
	Casado	8	34,8
	Separado	2	8,7
	Viúvo	0	0
Grupo étnico	Branco	4	17,4

	Negro	4	17,4
	Pardo	15	65,2
Escolaridade	4ª a 8ª série do Ensino Fundamental	13	56,5
	Ensino Fundamental completo	2	8,7
	Ensino Médio incompleto	4	17,4
	Ensino Médio Completo	3	13
	Superior incompleto	1	4,4
Religião	Católico	20	87
	Evangélico	3	13

No que respeita às drogas já consumidas pelos participantes, a tabela 2 mostra que as substâncias de que os internos já fizeram uso ao longo da vida, são essencialmente (drogas lícitas) o álcool (25%) seguindo-se o tabaco (19%). Entre as drogas ilícitas, predominou crack (18%) seguidos da cocaína e maconha (15%), solvente (3%) e alucinógenos (2%). A pergunta deste quesito possibilitou que os internos marcassem mais de uma resposta.

A maioria (61%) iniciou o consumo de drogas na faixa etária entre 12 e 17 anos, seguidos da faixa etária entre 18 e 25 anos (39%). Relatam que estão sem uso de drogas há mais de um mês e menos do que um ano (83%) e 17% relatam que há um mês não utilizam drogas. Também se verificou que 56,5% dos internos relatam ter iniciado com o uso de álcool, 30,4% com uso de maconha, 8,7% com cigarro e 4,4% com uso de solventes. Relativamente à frequência do uso de drogas nos últimos 12 meses anteriores à data da admissão dos internos na CT, a maioria (43,5%) usava drogas todos os dias, 26,1% usavam de 1 a 2 dias por semana, 8,7% usavam de 3 a 4 dias por mês, 8,7% usavam de 1 a 2 dias por mês.

Quando questionados sobre o motivo que os levou a usar drogas, a maioria (60,9%) alegaram pressão de amigos, seguidos por 21,7% que relataram o uso por curiosidades, 8,7% por problemas familiares e igualmente percentual por perdas afetivas. A totalidade relatou nunca ter utilizado drogas injetáveis. Entre as drogas em que o interno mais utilizou o álcool figura em primeiro lugar com 56%, em seguida a maconha com 36% e por último cigarro com 8%.

Tabela 2 - Histórico e padrão de consumo de drogas dos toxicodependentes em uma Comunidade Terapêutica em Pinheiro – Ma.

Drogas que os usuários já fizeram uso *	n	%
Cigarro	17	18
Maconha	15	16
Álcool	23	25
Crack	19	20
Cocaína	15	16
Solventes	3	3
Alucinógeno	2	2

Idade do início de uso de drogas (anos)	n	%
12 a 17	14	61
18 a 25	9	39
26 a 34	0	0
Acima de 34	0	0
Quanto tempo faz que usou droga pela última vez?	n	%
Há uma semana	0	0
Há um mês	4	17
Mais de um mês e menos do que um ano	19	83
Mais de um ano e menos do que três anos	0	0
Mais do que três anos	0	0
Qual a primeira droga utilizada?	n	%
Cigarro	2	8,7
Maconha	7	30,4
Álcool	13	56,5
Cocaína/Crack	0	0
Solventes	1	4,4
Alucinógenos	0	
Qual a frequência do uso de drogas nos últimos 12 meses antes de entrar na CT?	n	%
Todos os dias	10	43,5
5 a 6 dias/semana	0	0
3 a 4 dias/semana	3	13
1 a 2 dias/semana	6	26,1
3 a 4 dias/mês	2	8,7
1 a 2 dias/mês	2	8,7
Motivo que o levou a usar drogas	n	%
Curiosidade	5	21,7
Perdas afetivas	2	8,7
Problemas familiares	2	8,7
Pressão dos amigos	14	60,9
Perda de emprego/fonte de renda	0	0
Já usou drogas injetáveis?	n	%
Sim	23	100
Não	0	0
Quais drogas utilizou nos últimos 12 meses? *	n	%
Álcool	14	33,3
Tabaco	2	4,8
Maconha	9	21,4
Crack/cocaína	17	40,5

* Os internos entrevistados poderiam responder mais de uma categoria de respostas.

Verifica-se também, conforme consta na tabela 3, que a maioria dos internos (82,6%) relataram que não utilizaram preservativo nas relações sexuais nos últimos 12 meses e 22% utilizaram.

Com relação ao histórico prisional, 17,4% relataram que já foram presos e 39% relataram que já foram detidos. Em ambas as situações havia relação com drogas (tráfico, brigas, furtos, assaltos).

Em relação aos parceiros fixos nos últimos 30 dias (antes da admissão na CT), 74% relataram apenas uma parceira fixa e 26% relataram entre 2 a 5 parceiras fixas.

Quando perguntamos sobre parceiras casuais, nos últimos 30 dias à admissão na CT, 82,6% relataram apenas 1 parceira casual e 17,4% relataram de 2 a 5 parceiras casuais.

A maioria dos internos (46,4%) relatou uso de piercing e tatuagens seguido de 35,7% que compartilhou aparato para uso de crack, 14,3% relatou uso inconsistente de camisinha e 3,6% que nunca realizou testagem para HIV.

Quando perguntamos acerca de sinais de provável IST (você já teve alguma vez na vida algum dos seguintes problemas?), a maioria (52,6) relatou que já teve lesões no pênis sugestivo de IST, sendo 19,3% com relato de corrimento no canal da urina, 12,9% de pequenas bolhas no pênis, 9,7% de ferida no pênis e 9,7% de verrugas no pênis. Apenas 48,4% relatou que nunca teve qualquer dessas lesões.

Tabela 3 - Indicadores de vulnerabilidade social e comportamentos de risco em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica em Pinheiro – Ma

Uso de preservativos em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses?	n	%
Sim	5	22
Não	18	78
Tem histórico prisional?	n	%
Sim	4	17,4
Não	19	82,6
Tem histórico de detenção?	n	
Sim	9	39
Não	14	61
Relato de apenas parceiros fixos nos últimos 30 dias antes de entrar na CT	n	%
Apenas 1 parceiro fixo	17	74
2 a 5 parceiros fixos	6	26
6 a 10 parceiros fixos	0	0
Relato de apenas parceiros casuais nos últimos 30 dias antes de entrar na CT	n	%
Apenas 1 parceiro casual	19	82,6
2 a 5 parceiros casuais	4	17,4
6 a 10 parceiros casuais	0	0
Comportamentos de riscos dos usuários de drogas que ocorreram *	n	%
Compartilhou aparato para uso de crack e/ou similares	10	35,7
Uso inconsistente de camisinha	4	14,3
Nunca realizou testagem para HIV	1	3,6
Possui piercing e/ou tatuagem	13	46,4
Você já teve alguma vez na vida algum dos seguintes problemas? *	n	%
Corrimento no canal da urina	6	19,3
Feridas no pênis	3	9,7
Pequenas bolhas no pênis	4	12,9
Verrugas no pênis	3	9,7
Nunca tiveram	15	48,4

* Os internos entrevistados poderiam responder mais de uma categoria de respostas.

No que diz respeito aos conhecimentos sobre transmissão e prevenção de Sífilis e Aids (tabela 4), verifica-se que a maioria concorda que o compartilhamento de seringas (100%), o não uso de preservativos (96%), compartilhamento de alicates de unha (91%) e colocação de *piercing* e tatuagens (87%) são fatores de risco para transmissão de IST's como sífilis e Aids. Sobre a transmissão de Sífilis e HIV, a minoria dos entrevistados consideraram que alimentos e água contaminados (43%), compartilhamento de escova de dentes (9%), realização de procedimentos como hemodiálise, tratamento dentário e endoscopia (22%), compartilhamento de talheres (39%) podem aumentar a transmissão de Sífilis e HIV.

Com relação a uma pessoa com aparência saudável poder estar infectada pelo HIV, 78% concordam que sim, que tal é possível de acontecer, e que a relação sexual com parceiros fixos e não infectados (78%) diminui o risco de infecção.

Quando perguntamos sobre uma grávida que recebe tratamento adequado durante a gravidez poder diminuir o risco de transmissão do HIV para seu filho, 87% dos internos responderam que sim.

A maioria dos entrevistados (83%) sabe que não existe cura para a Aids, mas existe controle para a doença (78%) e que as pessoas que recebem tratamento para a Aids têm um menor risco de transmitir o vírus para outra pessoa (61%).

Tabela 4 - Conhecimento dos internos sobre formas de transmissão e prevenção da infecção por Sífilis e HIV (antes e após a intervenção educativa)

PERGUNTAS	ACERTOS (N=23) Pré-intervenção	ACERTOS (N=23) Pós- intervenção
Qual doença uma pessoa pode ser infectada através de alimentos e água contaminada?	10 (43%)	23 (100)
Qual doença uma pessoa pode ser infectada compartilhando escova de dentes?	2 (9%)	18 (78%)
Qual doença uma pessoa pode ser infectada compartilhando seringas e agulhas para uso de drogas?	23 (100%)	23 (100%)
Qual doença uma pessoa pode ser infectada ao não usar preservativos nas relações sexuais?	22 (96%)	23 (100%)
Qual doença uma pessoa pode ser infectada compartilhando alicates de unha, lixa, espátula?	21 (91%)	23 (100%)
Qual doença uma pessoa pode ser infectada fazendo tratamento dentário, endoscopia ou hemodiálise?	5 (22%)	17 (74%)
Qual doença uma pessoa pode ser infectada fazendo tatuagens ou colocando piercing?	20 (87%)	22 (96%)
O risco de transmissão do vírus da Aids pode ser	18 (78%)	100 (100%)

reduzido se uma pessoa tiver relações somente com parceiro fiel e não infectado?		
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da Aids?	18 (78%)	21 (91%)
Usar o preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da Aids seja transmitido durante a relação sexual?	22 (96%)	23 (100%)
Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids compartilhando talheres, copos ou refeições?	9 (39%)	23 (100%)
Uma grávida que esteja com o vírus da Aids e receba tratamento adequado durante a gravidez e no parto diminui o risco de transmissão do HIV para o filho?	20 (87%)	22 (96%)
Existe cura para a Aids?	19 (83%)	23 (100%)
Uma pessoa que está tomando medicamentos para Aids tem um menor risco de transmitir o vírus para outra pessoa?	14 (61%)	21 (91%)
A Aids é uma doença crônica passível de ser controlada?	18 (78%)	22 (96%)

Fonte: coleta de dados do autor

Esta mesma tabela mostra a evolução de conhecimentos sobre estas temáticas antes e após as intervenções educativas. Em todos os parâmetros se verificou uma melhoria ao nível dos conhecimentos.

O quadro 2 mostra os resultados da testagem realizada entre os internos na Comunidade Terapêutica. Encontramos 21,7% dos internos com diagnóstico de IST, sendo 1 (4,34%) com amostra reagente para HIV e 4 (17,4%) com amostras reagentes para Sífilis.

Quadro 3 – Testagem para Sífilis e HIV entre os internos da Comunidade Terapêutica.

VARIÁVEL*	AMOSTRA	REAGENTE PARA
	SÍFILIS	HIV
INTERNO I	REAGENTE	-----
INTERNO II	REAGENTE	-----
INTERNO III	REAGENTE	-----
INTERNO IV	REAGENTE	-----
INTERNO V	----	REAGENTE
TOTAL	04	01

* Amostras coletadas entre os 23 internos com 5 amostras reagentes.

Foram utilizados kits de Testes Rápidos da Bioclin QUIBASA (Sífilis) e ALERE (HIV). Todos os testes foram confirmados através do exame laboratorial VDRL (para Sífilis) e teste com kit diferente (este realizado no CTA de Pinheiro). O próprio CTA abriu protocolo de tratamento aos internos.

5. Discussão

Na CT só há admissão de Dependentes Químicos do sexo masculino, considerando que não há estrutura física disponível para admissão de mulheres.

A faixa etária predominante dos internos correspondeu à de 26 a 34 anos (52,2%) seguidos de idade acima de 34 anos (39,1%). Silveira (2014), em seu estudo, também encontrou percentual alto nessas duas faixas etárias (100%). Como se observa, uma população jovem e produtiva e uma associação para um risco maior de infecção para HIV, identificada nos estudos de Pechansky (2004).

Os internos relataram ser solteiros (56,5%) seguidos pelo percentual de casados (34,8%). Igualmente observado nos estudos de Silveira (2014) em que 68,7% dos internos em sua pesquisa são solteiros.

Quando se avalia a cor da pele, neste estudo encontramos predomínio de não brancos (82,6%), igualmente nos estudos de Silveira (2014) que aponta para 62,5% e corroborando com estudos da Bastos (2014) que encontrou 80,0%. Segundo o IBGE (2019), através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012 a 2019, a percentagem de população não branca no Brasil era de 54,9%.

No que se refere à escolaridade, a maioria dos internos (65,2%) não chegaram ao Ensino Médio, próximo ao que o II LENAD (2014) encontrou (54%) e também Kurlander (2014), com 55% de pessoas sem essa formação, e Silveira (2014) que encontrou no seu estudo 44% de toxicodependentes sem o Ensino Médio. Os dados encontrados neste trabalho, vêm ao encontro dos que vão sendo mencionados na literatura nacional, onde se refere que as pessoas que apresentam problemas com o uso de drogas têm baixa escolaridade (Martins, 2008). Parece existir associação entre um maior risco de infecção entre aqueles que estudaram menos de sete anos (Pechansky, 2004). Este último relata em seus estudos que os indivíduos com menor escolaridade estavam mais infectados por HIV do que os com mais anos de estudo. Percebe-se que o grau de ensino é importante para que o indivíduo possa estar sempre informado e atualizado, constituindo um fator de proteção.

O catolicismo predominou entre os internos (87%), enquanto o II LENAD (2014) e Kurlander (2014) encontraram 64,8% e 41,8% respectivamente. Na CT, por ser administrada pela Igreja Católica, pode haver influência dos católicos a procurar ajuda nessa instituição. A maioria da população brasileira é católica (64,6%), seguida dos evangélicos (22,2%), dos espíritas (2%) e 0,3% de umbanda e candomblé, segundo o IBGE (2012). Segundo Dalgalarrodo (2007), usuários de drogas tendem a buscar mais ajuda da religião que outros tipos de doença.

Analisando o histórico e padrão de consumo através dos dados obtidos neste estudo (Tabela 2), constatamos que 25% dos entrevistados já fizeram uso de álcool e 20% de crack, na vida. Segundo dados do III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira (Bastos, 2017), 74,3%

reportou uso de bebida alcoólica, bem superior ao que encontramos e 1,1% uso de crack, bem inferior aos valores encontrados neste estudo.

Neste estudo, observamos que a maioria dos entrevistados (61%) iniciaram uso de drogas antes dos 18 anos, semelhante ao encontrado por Martins (2008).

Silveira (2014), encontrou como 1ª droga lícita usada o álcool e das drogas ilícitas a maconha, igualmente aos nossos dados encontrados, 1ª droga lícita o álcool (56,5%) e ilícita a maconha (30,4%).

Quando perguntamos sobre frequência de uso de drogas, encontramos que a maioria (43,5%) usava diariamente. Nos estudos de Riberio (2015), este encontrou também que a maioria usa diariamente drogas, principalmente álcool e tabaco.

Quando se compara os motivos que levaram as pessoas a utilizarem drogas, 60,9% relatam que foi por pressão de amigos e 21,7% por curiosidades. Divergindo dos estudos de Martins (2008) em que encontrou 63,3% dos seus entrevistados relatando vontade própria.

Nenhum dos entrevistados deste estudo relatou ter experimentado drogas injetáveis. Em um estudo de Pechansky (2004) em uma amostra de 695 usuários de drogas que foram atendidos na cidade de Porto Alegre, 142 (20,4%) eram usuários de drogas injetáveis.

Quando se avalia as drogas usadas nos últimos 12 meses, percebe-se que há semelhanças de variáveis encontradas em outros estudos. Segundo Kurlander (2014), a principal droga de abuso na maioria da população estudada foi o crack (60,4%), e em segundo lugar o álcool (33,0%), em acordo com este estudo, onde encontramos 40,5% e 33,3% para o abuso de crack e álcool respectivamente. Ribeiro (2015) encontrou como droga lícita o álcool e ilícita o crack como mais usadas. Nos trabalhos de Martins (2008), este encontrou em primeiro lugar, a maconha 119 (82%), seguida pelo álcool 107 (73,3%) e pelo tabaco 104 (77%).

Na tabela 3, no que se refere aos indicadores de vulnerabilidade social e comportamentos de risco, quando perguntamos sobre o uso de preservativos na relação sexual, encontramos 78% de internos que declararam não usar preservativos. O uso de preservativos em todas as relações sexuais aconteceu em 23,5% com qualquer parceiro, 19,9% com parceiro fixo e 54,91% com parceiro casual segundo pesquisa realizada na população brasileira (Brasil, 2011). A maioria dos entrevistados (85,1%) concorda que o uso de álcool e outras drogas faz a pessoa esquecer ou não se importar em usar preservativo, e 64,9% afirmaram não ter usado por esse motivo (Santos, 2016).

Com relação ao histórico prisional, o nosso estudo divergiu de Kurlander (2014), quando este encontrou 38,5% dos internos de sua pesquisa com histórico prisional, enquanto o nosso foi bem abaixo (17%). Bastos (2014) encontrou 50%, igualmente aos estudos de Santos, (2016) que encontrou 50,3%.

Em relação aos parceiros fixos nos últimos 30 dias, 74% relataram apenas uma parceira e 26% relataram de 2 a 5 parceiras. Quanto aos parceiros casuais, encontramos relatos de 82,6% com apenas uma parceira e 17,4% entre 2 a 5 parceiras. Na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (Brasil, 2011), 27,7% dos entrevistados relataram mais de uma parceira e 12,1% com mais de 5 parceiras, nos últimos 12 meses.

Quanto ao comportamento de risco, observamos que 35,7% dos internos já compartilharam apetrechos de uso de crack e similares e 46,4% possuem piercing e/ou tatuagens, bem inferior ao encontrado, 84,4% nos estudos de Santos (2016) e também nos estudos de Bastos (2014), 71,01% e 66,50% respectivamente). Segundo Boska (2017), em seu estudo, o crack foi referido como um dos principais geradores de vulnerabilidade ao comportamento sexual de risco. Enfatiza, em suas conclusões que o uso de álcool e outras drogas possuem grandes influências no comportamento sexual de risco da população que busca tratamento o que torna este público mais vulnerável.

Na testagem para Sífilis e HIV realizada na CT, encontramos 17,4% (4) infectados pela sífilis e 4,3% (1) infectado pelo HIV. Considerando que o uso de drogas é variável entre os internos e todos negando uso de drogas injetáveis, os percentuais são importantes no sentido de testagens mais rotineiras. Com relação à idade, a amostra reagente para HIV correspondeu a um interno na faixa etária acima de 35 anos

Pechansky (2004), em seu trabalho no Rio Grande do Sul, encontrou uma taxa alta de internos infectados pelo HIV (22,6%) e que desse percentual, 70% nunca havia utilizado droga injetável. também relata em sua pesquisa que os indivíduos mais velhos têm maior chance de serem soropositivos devido a uma maior exposição de comportamentos de risco ao longo da vida.

A maioria dos internos mostraram alguns conhecimentos sobre transmissão e prevenção de Sífilis e HIV, principalmente sobre uso de preservativos (96%) e compartilhamento de agulhas e seringas (100%), em acordo com Reis (2019) que encontrou 80% dos entrevistados relatando corretamente que a camisinha confere proteção contra o HIV nas relações sexuais e Bretas (2009) que encontrou 78% dos entrevistados em sua pesquisa também apontando o uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais como melhor maneira de prevenção.

Por outro lado, uma minoria acredita que as pessoas podem ser infectadas por Sífilis e HIV através do compartilhamento de talheres (39%), procedimentos como hemodiálise, endoscopia, tratamento dentário (22%) e alimentos/água contaminados (43%). Em 2004, o percentual obtido pelo Brasil no indicador de conhecimento correto das formas de transmissão foi de 67,1%, e em 2008, foi de 57,1% (Brasil, 2011).

Quando perguntamos sobre uma pessoa aparentemente saudável poder estar infectado pelo HIV, 78% responderam que sim, próximo aos 92% encontrado na pesquisa brasileira (Brasil, 2011).

Em torno de 70% da população brasileira sabiam que uma grávida que recebe tratamento adequado durante a gravidez e o parto diminui o risco de transmissão do HIV para seu filho (Brasil, 2011), próximo aos 87% encontrados na nossa pesquisa.

Em relação à cura para a Aids, 83% afirmaram que não existe, porém 78% relataram que há controle com o uso correta das medicações.

Verifica-se também nestes resultados que a educação para a saúde tem potencial na melhoria de conhecimentos sobre prevenção de HIV/Aids e Sífilis, o que vem reforçar a necessidade de se implementarem e dar continuidade a intervenções desta natureza, que pretendem ser também um contributo para o controle desta problemática no contexto da toxicodependência. Esta constatação parece ir ao encontro do já mencionado por outros autores, designadamente Pinto, Queiroz, Gubert, Braga e Pinheiro (2016), para quem a mudança de comportamento em relação às drogas e ao HIV/Aids pode ser subsidiada pela conscientização advinda do processo de educação para a saúde.

6 Conclusões

Este estudo é fruto de um trabalho de campo realizado numa comunidade Terapêutica no Maranhão. Apesar de ser uma amostra pequena (23) devido à pandemia (geralmente são 45 internos), todos os internos participaram da pesquisa. Mesmo sendo uma população vulnerável e de difícil acesso (indivíduos mais graves do ponto de vista de abuso de drogas ou risco para HIV), conseguimos realizar todas as atividades incluindo as intervenções educativas com a participação ativa e interessada de todos.

Encontramos uma população formada de pessoas relativamente jovens que buscam tratamento para dependência química em um Comunidade Terapêutica Religiosa, sentindo-se aí melhor acolhidos em comparação com o serviço público de saúde. A maioria não chegou a concluir o Ensino Médio, abandonando os estudos ainda na adolescência, período em que começam a ter contato com drogas, principalmente por influência de amigos. Desde os 12 anos, começam a experimentar diversas drogas, a maioria sendo poliusuários e alguns já com problemas com a justiça, no decorrer da utilização dessas mesmas drogas (furtos, brigas, assaltos, homicídios).

Por outro lado, demonstra este estudo, que a maioria dos internos, apesar de mostrar conhecimentos sobre prevenção de IST com métodos de barreira, igualmente à população brasileira (Brasil, 2006), são os que menos usam preservativos em suas relações sexuais. Esse conhecimento prévio sobre uso de preservativo é fruto de intensas campanhas educativas nas mídias falada e escrita do nosso país. Ainda um significativo número de internos compartilha apetrechos para uso de *crack*, prática que propicia a transmissão de IST a partir de lesões (queimaduras) que acabam por se manifestar nos lábios dos usuários.

A literatura relata 22,6% de usuários de drogas com HIV (Pechansky, 2004). Para esta pequena amostra (23 internos), também encontramos um percentual significativo de internos, sendo 1 (4,34%) com HIV e 4 (17,4%) com Sífilis, totalizando 21,7% com IST. Todos estes confirmados com ajuda do Centro de Testagem e Aconselhamento, através de testes confirmatórios conforme preconiza o Ministério da Saúde. Todos iniciaram os tratamentos a partir da facilitação de acesso graças a esta pesquisa. Os exames de VDRL que se fizeram necessários foram oriundos do orçamento próprio desta pesquisa, propiciando uma rápida intervenção terapêutica a partir desses resultados.

Entre os usuários, não encontramos qualquer interno que já tivesse usado drogas injetáveis, não sendo surpresa para nós, pois não é comum em nossa região a utilização deste meio de utilização.

Partindo da análise dos dados coletados e dos conhecimentos prévios observados no questionário pré-avaliação, foi realizado o planejamento das intervenções, seguindo uma ordem de atividades

educativas, que se mostraram relevantes para a aquisição de conhecimentos, os quais se avaliaram posteriormente. Nestas atividades educativas foi notória a motivação dos internos, que demonstravam o seu interesse em participar nas atividades que acontecem para além das que se realizam habitualmente na CT, assumindo-as como uma novidade. Focamos as intervenções na discussão sobre as drogas e seus efeitos, bem como as repercussões sociais e familiares e também nos esclarecimentos acerca das IST, em especial Sífilis e HIV, enfatizando as medidas de prevenção. A sessão expositiva através de fotos de lesões de algumas IST, mostradas através de slides, promoveram forte sensibilização e “medo”, gerando um grande impacto pessoal, o que favoreceu uma maior fixação do conteúdo. Esse processo de sensibilização, mesmo sendo por médio prazo, promovem mudanças comportamentais no indivíduo. Finalizamos através de uma roda de conversa, o que possibilitou que cada um tomasse à frente através de suas experiências e dificuldades favorecendo uma interação e troca mútua de informações.

Todas essas informações, por meio das oficinas, são determinantes para a conscientização de práticas sexuais seguras e fortalecem a luta contra as drogas a partir das técnicas realizadas (diálogo, exposição e roda de conversa), à semelhança do que estudos sobre esta temática têm vindo a considerar (Pinto, Queiroz, Gubert, Braga e Pinheiro, 2016).

Como parte das intervenções, elaborou-se ainda um simples fluxograma para admissão à CT. Lembrando que não há profissionais de saúde nas dependências da CT, o que dificulta as testagens e acompanhamento do público-alvo ali interno. Com este fluxograma, o acompanhamento pode ser rotineiro dentro da própria comunidade através da parceria com o CTA. Por outro lado, o questionário pós-intervenção serviu de parâmetro para avaliar a efetividade das ações realizadas e os objetivos alcançados.

Bibliografia

- Andreasen, N. C., Lopes, M. F., Black, D. W., Dornelles, C. (2009). *Introdução à psiquiatria*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Anjos, M. (2014). *O papel do educador num programa de promoção e educação para a saúde na “Equipa de Reua Reduz”*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Tecnologia da Saúde e Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.
- Araújo, L. M. de (2017). *Guia Prático em Abordagem Sindrômica: Prática Baseada em Evidências - Sífilis*. Cuiabá: [S.N].
- Araújo, T. M. E. et al (2014). Vulnerabilidade dos usuários de crack à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Enferm. Foco*, 5(1/2):45-48.
- Bastos F. I., Bertoni N. (2014). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.
- Bastos, F. I. P. M. et al., organizadores (2017). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.
- Bernardo, M. H. (2015). *O que é dependência química* (1ª ed.). Capivari, SP: Editora Nova Consciência.
- Boska, Gabriella de Andrade et al. (2017). Vulnerabilidade para o comportamento sexual de risco em usuários de álcool e outras drogas. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), 13(4): 189-195. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762017000400003&lng=pt&nrm=iso.
- Brasil (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. (2016a). *Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil (2016b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e

das Hepatites Virais (2016). *Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2020a). Telelab. Brasília, DF: MS. Recuperado de www.telelab.aids.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (2010). *Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil*. Brasília, DF: MS.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais (2011). *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade* Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2019). *Boletim Epidemiológico. Boletim Epidemiológico, Número Especial, Sífilis*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2008). *Programa Nacional de DST e Aids. Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2020b). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília: Ministério da Saúde.

Bretas, J. R. S., *et al.* (2009). Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev. Esc. enferm. USP*, 43(3):551-557. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300008&lng=en&nrm=iso.

Carlini, E. A *et al.* (2007). *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

Chaim, C. H., Bandeira, K. B. P., Andrade, A. G. (2015). Fisiopatologia da dependência química/Physiopathology of addiction. *Rev Med (São Paulo)*, 94(4):256-62). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/288666796_Fisiopatologia_da_Dependencia_Quimica.

- Dalgalarrondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(1): 25-33.
- De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.
- Garcia, L., organizadores (2014). *A política de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS* (5ª ed.). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD; SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (Módulo 7).
- Horváth, A. (2011). Biology and Natural History of Syphilis. *Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases*, 129-141.
- IBGE (2012). *Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE. (2019). Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimentos. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012 a 2019*. Recuperado de <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>.
- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e outras Drogas. (2014). *Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012*. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: INPAD, UNIFESP. 2014. Recuperado de <http://inpad.org.br/lenad>.
- Kurlander, P. A. (2014). *Fatores Prognósticos Para o Abandono Precoce do Tratamento da Dependência do Álcool, Crack e Outras Drogas em uma Comunidade Terapêutica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu.
- Lopes, A. C. (2006). *Diagnóstico e tratamento*, v. 2. São Paulo: Editora Manole Ltda. Recuperado de <https://books.google.com.br/books?id=mJSsXSrZkasC>.
- Marsden, V. (2009). Comportamentos de risco ao HIV em utilizadores de heroína em um distrito português: estudo qualitativo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 138-144. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000300002>
- Marques, A. C. P. R., organizadores. (2006). *Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde*. São Paulo: COMUDA.
- Martins, M. C.; Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saúde Pública*, 24(5): 1112-1120. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500018&lng=en&nrm=iso.

- Ministério da Saúde (2019). *Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS – 2019*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS). Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>
- Nunes, D. C. et al. (2010). “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. In: L. M. de B. Santos, organizador. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (p. 15-26). Porto alegre: Ideograf: Conselho Regional de Psicologia do rio Grande do Sul. Recuperado de <http://sss.crprgs.org.br/upload/edicao/artigo48.pdf>.
- Oliveira, A. E. F., organizadores. (2017). *Doenças transmissíveis*. São Luís: EDUFMA.
- Oliveira, R. H. P. (2014). *DST e AIDS: conheça e previna-se*. São Paulo: Lebooks Editora. Recuperado de <https://books.google.com.br/books?id=OJL9AwAAQBAJ>.
- Parucker, L.M.B.B. et al. (2017). Infecções sexualmente transmissíveis: cuidados na execução dos testes rápidos: módulo II: orientações pré e pós. Florianópolis: ACL/UFSC.
- Pasqualotto, A. C. (2006). *Doenças infecciosas: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed.
- Patrício, L. (2014). *Políticas e dependências: álcool e (de)mais drogas em Portugal 30 anos depois*. Lisboa: Novavega, Lda.
- Pechansky, F. et al. (2004). Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 20(6): 1651-1660. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600024&lng=en&nrm=iso.
- Peeling, R. W., Mabey D. (2010). Point-of-care tests for diagnosing infections in the developing world. *Clin Microbiol Infect.*, 16(8):1062-9. Recuperado de doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03279.x. PMID: 20670288.
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc. saúde coletiva*, 19(2): 569-580. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso.
- Pinto, V., Basso, C., Barros, C., e Gutierrez, E. (2018). Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2423-2432. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>
- Pinto, A., Queiroz, M., Gubert, F., Braga, V., e Pinheiro, P. (2016). HEALTH EDUCATION ON THE PREVENTION OF HIV/AIDS WITH YOUNG MALE CRACK USERS. *Texto &*

Contexto - Enfermagem, 25(3), e4070015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004070015>

- Reis, N. B. (2010). *Conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25570_reisnbm.pdf
- Ribeiro, D. R., Carvalho D. S. (2015). O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). *J Bras. Psiquiatr.*; 64(3): 221-229. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n3/0047-2085-jbpsiq-64-3-0221.pdf>.
- Sadock, B. J. (2017). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (11. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, N. T. V. (2013). *Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling*. Recife: [s.n.].
- Santos, N. T. V., Almeida, R. B. F. de, Brito, A. M. de. (2016). *Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco*. Recife: [s.n.].
- Sampieri, R., Collado, C. e Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill.
- Scheffer, M., Pasa, G. G., Almeida, R. M. M. de. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 26(3): 533-541. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=en&nrm=iso.
- Scivoletto, S. *et al.* (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2o grau de São Paulo. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 21(2): 87-94. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000200004>.
- Silva, T., Quintas, J. (2010). Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento. *Toxicodependências*, 16(3): 45-58. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902010000300005&lng=pt&nrm=iso.
- Silveira, C. B. (2014). *O papel de uma Comunidade Terapêutica Religiosa na gestão da terapia para usuários de drogas na região da Grande Vitória*. Dissertação de mestrado em Antropologia Médica, apresentada ao Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

- Souza, D. R. R. M de (2018). *Aids/Hiv e outras DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis)*. 1ª ed. São Paulo: Ed Clube dos Autores. Recuperado de <https://books.google.com.br/books?id=n8t5DwAAQBAJ>.
- Stein, M., Maksad, J., Clarke, J. (2001). Hepatitis C disease among injection drug users: Knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. *Drug and Alcohol Dependence.*, (61): 211-215.
- Universidade Federal do Maranhão (2017). *Saúde sexual e reprodutiva e atenção às mulheres em situação de violência na Atenção Básica - Parte III*. São Luís: UNA-SUS/UFMA.
- Warren, K. B., Ira, M., Lowinson, J. H. (1987). The treatment of alcoholic methadone patients: a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4(1): 15-19. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0740547287900055>.

Apêndice I - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Administrador)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para o administrador)

(De acordo com a Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Título da pesquisa: “Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão”

Pesquisador responsável: David Sodré

E mail: davidmedic@bol.com.br

End. profissional: Estrada Pinheiro/Pacas, Km 10, s/n. Enseada. Pinheiro - MA. CEP: 65200-000.

O objetivo desta pesquisa é implementar um programa de prevenção de HIV e Sífilis em internos de uma Comunidade Terapêutica do Maranhão.

Ela foi submetida à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão que tem a função de analisar as pesquisas em seres humanos nas diversas áreas de conhecimento, bem como fomentar discussão sobre Bioética. Foi constituído nos termos da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). Todos os dados levantados serão tratados com sigilo e confidencialidade e o pesquisador estará disponível, em qualquer momento, para esclarecer dúvidas referentes a este trabalho. Seu consentimento é voluntário, sem custo financeiro e pode retirar esse consentimento a qualquer tempo e sem qualquer prejuízo a sua pessoa. Não há nenhum risco em autorizar esta pesquisa e todas as precauções serão tomadas para que não haja a identificação do participante. As informações coletadas poderão ser apresentadas à comunidade científica, porém respeitando a identidade dos participantes envolvidos na pesquisa.

No caso de consentir, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Eu, _____

administrador da Comunidade Terapêutica, autorizo a realização da pesquisa “Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão”, nesta comunidade. Estou ciente que esta pesquisa está sob a responsabilidade do pesquisador Prof David Sodré. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, a qual se dará através de questionários aplicados aos internos, testes rápidos para HIV e Sífilis e, se necessário, coleta de sangue para confirmação diagnóstica. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data _____/_____/_____/_____

Assinatura do Administrador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para os participantes)

(De acordo com a Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Título da pesquisa: “Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão”

Pesquisador responsável: David Sodré (Docente UFMA – Campus Pinheiro)

E mail: davidmedic@bol.com.br

End. profissional: Estrada Pinheiro/Pacas, Km 10, s/n. Enseada. Pinheiro - MA. CEP: 65200-000.

O objetivo dessa pesquisa é implementar um programa de prevenção de HIV e Sífilis em internos de uma Comunidade Terapêutica do Maranhão.

Ela foi submetida a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão que tem a função de analisar as pesquisas em seres humanos nas diversas áreas de conhecimento, bem como fomentar discussão sobre Bioética. Assim, você está sendo convidado para participar com a garantia que todos os dados que você fornecer serão tratados com sigilo e confidencialidade e o pesquisador estará disponível, em qualquer momento, para esclarecer dúvidas referentes a este trabalho. Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você tem o direito de recusar a responder questões que julgar constrangedoras e pode retirar esse consentimento a qualquer tempo e sem qualquer prejuízo a sua pessoa. Há risco mínimo, como incômodo ou constrangimento psíquico, na participação deste estudo. Mas, todas as precauções serão tomadas para que não haja a sua identificação. As informações coletadas poderão ser apresentadas à comunidade científica, porém respeitando a identidade dos participantes envolvidos na pesquisa.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Eu, _____ RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador, Prof. David Sodré, sobre a pesquisa, a qual se dará através de questionários aplicados, testes rápidos para HIV e Sífilis e, se necessário, coleta de sangue para confirmação diagnóstica, no intuito de fazer um levantamento da prevalência dessas infecções nos usuários e o planejamento de um programa de intervenção, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data _____/_____/_____/_____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Apêndice III - Fluxograma de Testagem para Admissão na CT (Sugestão)

FLUXOGRAMA DE TESTAGEM PARA ADMISSÃO NA CT (Sugestão)



FONTE: O autor

1. Os interessados na admissão, passam por uma entrevista na Comunidade Terapêutica (CT) e são encaminhados para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da cidade;
2. A partir da consulta no CTA, o futuro interno se dirige à Unidade Básica de Saúde para avaliação física e mental.
3. Retorno à Comunidade Terapêutica com a sua avaliação médica e início do processo de admissão

Anexo I - Questionário Sociocomportamental

I. CARACTERÍSTICAS SOCIOCODEMOGRÁFICAS

1. SEXO:

() M () F

2.FAIXA ETÁRIA:

() 12 a 17 anos; () 18 a 25 anos; () 26 a 34 anos; () ≥ 35 anos

3. ESTADO CIVIL ATUAL REFERIDO

() solteiro; () casado/união consensual; () separado/divorciado; () viúvo

4. COR DA PELE/GRUPO ÉTNICO

() branca; () amarela/asiática; () negra/preta; () parda/morena/mulata; () indígena

5. ESCOLARIDADE

() não completou nenhuma série; () alfabetização até a 3ª série do Ensino Fundamental; () 4ª a 8ª série do Ensino Fundamental; () ensino fundamental completo; () ensino médio incompleto; () ensino médio completo; () superior incompleto; () superior completo; () pós-graduação

6. QUAL A SUA RELIGIÃO?

() Católica; () Evangélica/Protestante; () Espírita; () Umbanda/candomblé;

() outras

II. SOBRE AS DROGAS: HISTÓRICO E PADRÃO DE CONSUMO

1. DAS DROGAS CITADAS ABAIXO, QUAL VOCÊ JÁ FEZ USO?

() cigarro; () maconha; () álcool; () crack; () cocaína; () solventes (lança perfume, loló, cola de sapateiro); () alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, ecstasy); () merla; () heroína

2. COM QUE IDADE COMEÇOU A USAR DROGAS?

() 12 a 17 anos; () 18 a 25 anos; () 26 a 34 anos; () ≥ 35 anos;

3. QUANTO TEMPO FAZ QUE VOCÊ USOU DROGAS PELA ÚLTIMA VEZ?

() na última semana; () no último mês () mais que mês e menos do que 1 ano;

() mais do que 1 ano e menos do que 3 anos; () mais do que 3 anos

4. QUAL A PRIMEIRA DROGA QUE UTILIZOU?

() álcool; () tabaco; () maconha; () cocaína/crack; () alucinógenos (ecstasy, LSD, Ketamina, chá de cogumelo); () solventes; () merla; () haxixe

5. QUAL A FREQUÊNCIA DO USO DE DROGAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ANTES DE ENTRAR NA CT:

() todos os dias; () 5 a 6 dias /semana; () 3 a 4 dias/semana;; () 1 a 2 dias /semana; () 3 a 4 dias/mês; () 1 a 2 dias/mês.

6. MOTIVO QUE O LEVOU A USAR DROGA:

() curiosidade; () perdas afetivas; () problemas familiares; () por pressão dos amigos; () perda de emprego/fonte de renda;

7. JÁ USOU DROGAS INJETÁVEIS? () sim; () não

8 QUE DROGA(S) UTILIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

() Álcool; () Tabaco ; () Maconha/Haxixe; () Cocaína; () Inalantes/ cola/ solvente/ tiner ; () Ecstasy/MDMA LSD; () Merla

III. INDICADORES DE VULNERABILIDADE SOCIAL

1. USO DE PRESERVATIVOS EM TODAS AS RELAÇÕES SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

() sim () não

2. TEM HISTÓRICO PRISIONAL? () sim; () não

3. TEM HISTÓRICO DE DETENÇÃO ? () sim () não

3. RELATO DE APENAS PARCEIROS FIXOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ANTES DE ENTRAR NA CT

() Apenas 1 parceiro fixo; () 2 a 5 parceiros fixos; () 6 a 10 parceiros fixos.

4. FREQUÊNCIA DE PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ANTES DE ENTRAR NA CT

- ☐ Apenas 1 parceiro casual/eventual
- ☐ 2 a 5 parceiros casuais/eventuais
- ☐ 6 a 10 parceiros casuais/eventuais
- ☐ Mais de 10 parceiros casuais/eventuais

5. COMPORTAMENTOS DE RISCO DOS USUÁRIOS DE DROGAS QUE OCORREU

- ☐ Realizou algum tipo de troca de sexo por droga/dinheiro*
- ☐ Compartilhou aparato para uso do crack e/ou similares*
- ☐ Uso inconsistente de camisinha sexo vaginal*
- ☐ Uso inconsistente de camisinha sexo oral*
- ☐ Uso inconsistente de camisinha sexo anal*
- ☐ Sexo com parceiro(a) sabidamente portador de HIV**
- ☐ Nunca realizou testagem para HIV
- ☐ Possui piercing e/ou tatuagem
- ☐ Já utilizou droga injetável na vida
- ☐ Se já utilizou droga injetável, compartilhou aparato para uso da droga (seringas e agulhas)

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

**Nos 12 meses anteriores à pesquisa

6. TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ALGUMA VEZ NOS 30 DIAS ANTERIORES AO INTERNAMENTO NA CT

- ☐ Fez sexo com homens e mulheres
- ☐ Fez sexo apenas com homens
- ☐ Fez sexo apenas com mulheres

() Fez sexo apenas com travestis

() Fez sexo com homens e travestis

() Fez sexo com mulheres e travestis

IV. PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

1. VOCÊ JÁ TEVE, ALGUMA VEZ NA VIDA, ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS?

Corrimento no canal da urina:

() Sim

() Não

Idade do último episódio: ____ anos

Feridas no pênis:

() Sim

() Não

Idade do último episódio: ____ anos

Pequenas bolhas no pênis:

() Sim

() Não

Idade do último episódio: ____ anos

Verrugas (berrugas) no pênis:

() Sim

() Não

Idade do último episódio: ____ anos

2. TESTE SOROLÓGICO PARA HIV

() reagente

() não reagente

3. TESTE SOROLÓGICO PARA SÍFILIS

() reagente

() não reagente

Anexo II - Questionário Pré-avaliação (Conhecimento sobre AIDS e Sífilis)

1. Gostaria de saber por qual ou quais doenças uma pessoa pode ser infectada por meio de alimentos ou de água contaminada?

- a) AIDS b) Sífilis c) Nenhuma delas

2. Por qual ou quais das doenças uma pessoa pode ser infectada compartilhando escova de dentes?

- a) AIDS b) Sífilis c) Nenhuma delas

3. Por qual ou quais doenças uma pessoa pode ser infectada ao compartilhar com outras pessoas instrumentos para uso de drogas, tais como seringas, agulhas

- a) AIDS b) Sífilis c) Nenhuma dessas

4. Por qual ou quais doenças uma pessoa pode ser infectada ao não usar preservativos em relações sexuais?

- a) AIDS b) Sífilis c) Nenhuma dessas

5. Por qual ou quais doenças uma pessoa pode ser infectada compartilhando instrumentos de manicure/pedicure (alicate de unha, lixa, espátula etc)?

- a) AIDS b) Sífilis c) Nenhuma dessas

6. Por qual ou quais doenças uma pessoa pode ser infectada fazendo tratamento dentário, endoscopia ou hemodiálise?

- a) AIDS b) Sífilis c) Nenhuma dessas

7. Por qual ou quais doenças uma pessoa pode ser infectada fazendo tatuagens ou colocando piercing?

- a) AIDS b) Sífilis c) Nenhuma dessas

8. O risco de transmissão do vírus da AIDS pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações somente com parceiro fiel e não infectado.

- a) Concord b) Discordo c) Não sei

9. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectado pelo vírus da AIDS

- a) Concordo b) Discordo c) Não sei

10. Usar o preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da AIDS seja transmitido durante a relação sexual?

a) Concordo b) Discordo c) Não sei

11. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da AIDS compartilhando talheres, copos ou refeições

a) Concordo b) Discordo c) Não sei

12. Uma mulher grávida que esteja com o vírus da AIDS e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto diminui o risco de passar o vírus da AIDS para o filho

a) Concordo b) Discordo c) Não sei

13. Existe cura para a AIDS

a) Concordo b) Discordo c) Não sei

14. Uma pessoa que está tomando medicamento para AIDS tem um menos risco de transmitir o vírus da AIDS para outra pessoa.

a) Concordo b) Discordo c) Não sei

15. A AIDS é uma doença crônica passível de ser controlada.

a) Concordo b) Discordo c) Não sei

Anexo III – Aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão

Pesquisador: DAVID SODRE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31639820.5.0000.5087

Instituição Proponente: INSTITUTO UNIVERSITARIO ATLANTICO LTDA - ME

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.043.102

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Todos os internos da Comunidade Terapêutica serão convidados a participarem da pesquisa.

Os critérios de exclusão serão aqueles que não desejarem participar e aqueles que não preencherem completamente os instrumentos de avaliação.

Os critérios de inclusão serão: o responsável pela CT ter autorizado a realização da pesquisa comprovando seu consentimento através do "Termo

de Autorização"; aqueles que, após todas as explicações acerca do trabalho, mostrarem interesse e que estiverem presentes no período da coleta de dados.

A coleta de dados será realizada no período de maio de 2020 a dezembro de 2020, no período diurno, diretamente na Comunidade Terapêutica,

respeitando a dinâmica de funcionamento da instituição e em um ambiente tranquilo e privacidade para o entrevistado e o entrevistador.

Para a colheita dos dados, os participantes responderão a questionários adaptados.

Realização de testes rápidos para HIV e sífilis com sangue total, obtido por punção digital, com autorização prévia dos internos e do administrador da CT.

Resumo:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 4.043.102

agulhas contaminadas e compartilhadas e nas relações sexuais desprotegidas, como Sífilis e HIV. Assim, teremos o perfil dos internos, que fornecerá dados sobre a realidade desses usuários em uma cidade do interior do Maranhão e que irão auxiliar, tanto a Vigilância Epidemiológica quanto às intervenções em Educação para a Saúde (estratégias de prevenção e implementação de programas educativos), onde a ausência dessas informações interfere no estabelecimento de medidas de intervenção mais eficazes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está redigido de forma adequada em conformidade com as resoluções 466 e 510 da CONEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1538131.pdf	09/05/2020 13:51:20		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaofazenda.pdf	09/05/2020 13:45:08	DAVID SODRE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	23/04/2020 14:30:52	DAVID SODRE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA1.pdf	13/04/2020 16:33:11	DAVID SODRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.doc	13/04/2020 16:32:32	DAVID SODRE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	09/04/2020 19:05:18	DAVID SODRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	09/04/2020 18:59:41	DAVID SODRE	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Anexo IV – Declaração de aceitação do estudo pela Comunidade Terapêutica

CNPJ: 06.201.438/0001-14


Fax: (98) 3381-1278 Fone: (98) 98540-2566

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Professor David Sodré, CPF 275288123-15, está autorizado a realizar coleta de dados para a realização do Projeto de Mestrado "Prevenção de HIV e Sífilis em toxicodependentes de uma Comunidade Terapêutica no Maranhão", neste local, após a aprovação do referido projeto no Comitê de ética em Pesquisa.

Pinheiro, 04 de maio de 2020

Assinatura do administrador da Fazenda:



CPF:

829.454.033-15

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 386, Centro, Pinheiro - Ma, CEP 65200-000

Anexo V – Elementos fotográficos da Intervenção Investigativa na Comunidade Terapêutica

Foto 1 - Entrada da Comunidade Terapêutica



Foto 2 - Entrada da Comunidade terapêutica



Foto 3 - Aplicação dos questionários



Foto 4 - Aplicação dos questionários



Foto 5 - Testagem para Sífilis/HIV



Foto 6 - Testagem para Sífilis/HIV



Foto 7 – Intervenção: Álcool e outras drogas



Foto 8 – Intervenção: Álcool e outras drogas



Foto 9 – Intervenção: Infecções Sexualmente Transmissíveis/Comportamento de risco e vulnerabilidade



Foto 10 – Intervenção: Infecções Sexualmente Transmissíveis/Comportamento de risco e vulnerabilidade



Foto 11 – Intervenção: Roda de Conversa



Foto 12 – Intervenção: Roda de Conversa



